

Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos

# **Johdon näkemys terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa**

Pro gradu -tutkielma  
Sirpa Kotisaari  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Kesäkuu 2010

## TIIVISTELMÄ

## TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

KOTISAARI SIRPA: Johdon näkemys terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa

Pro gradu -tutkielma, 88 sivua, 8 liitesivua

Ohjaaja: professori (ma) Pirjo Lindfors

Kansanterveystiede

Kesäkuu 2010

---

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa korostetaan terveyden edistämisen toteuttamista laajasti kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Sairaala terveyden edistämisen ympäristönä perustuu WHO:n Health Promoting Hospitals -verkoston lähestymistapoihin: potilaiden, väestön ja henkilökunnan terveyden edistäminen sekä terveellinen organisaatio. Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli selvittää ja kuvata, mitä terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa tarkoittaa johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta.

Tutkimusaineistona olivat kuuden erikoissairaanhoidon johtavan viranhaltijan ja kuuden perusterveydenhuollon johtavan viranhaltijan teemahaastattelut. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Terveyden edistämisen toteutuminen erikoissairaanhoidossa edellyttää, että se on organisaatiossa hyväksytty, johdon tukema ja systemaattisesti johdettu asia. Esteenä on, että terveyden edistäminen nähdään erikoissairaanhoidossa ristiriitaisena kunta-asiakkaiden odotusten kanssa, terveystarpeiden tarkastelussa korostuu yksilönäkökulma väestönäkökulman sijaan ja terveyden edistämisen vaikuttavuus nähdään vähäiseksi. Perusterveydenhuollossa korostetaan erikoissairaanhoidon auktoriteettiaseman tehostavan terveyden edistämistä ja parantavan potilaslähtöisyyttä.

Yhdenmukaista näkemystä terveyden edistämisestä tarvitaan. Kuntapäätöksenteon valmistelijana perusterveydenhuollon johdolla on tässä erityinen vaikuttamismahdollisuus. Erikoissairaanhoidossa johdon tulisi vahvistaa terveyden edistämistä yhteisenä arvona ja etsiä yhdessä ammattilaisten kanssa eri yksiköihin soveltuvia toimintakäytäntöjä. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää sairaalan kehittämisessä terveyttä edistäväksi. Kokonaiskuvan saaminen edellyttää vielä tutkimusta erikoissairaanhoidon lähiesimiesten ja muun henkilökunnan sekä potilaiden näkemyksistä.

Asiasanat: terveyden edistäminen, terveyttä edistävä sairaala, strateginen suunnittelu, johtaminen

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Tampere School of Public Health

KOTISAARI SIRPA: Management view to health promotion in specialised medical care

Master's Thesis, 88 pages, 8 pages of appendices

Supervisor: Professor (acting) Pirjo Lindfors

Public Health

June 2010

---

The Finnish Government health promotion policy program emphasises the implementation of health promotion widely in all decision-making of the society. Hospital as a setting for health promotion is based on the WHO's approaches to Health Promoting Hospitals -network, consisting of health promotion among patients, hospital staff and the community they serve, and of the concept of healthy organisation. The aim of this thesis was to analyse and describe how health promotion in specialised medical care is understood and valued among the leading health care officials.

The research material comprised theme interviews of six leading officials in specialised medical care and six leading officials in primary health care. Qualitative material-based content analysis was chosen as a research method in this analysis.

A requisite for the realisation of health promotion in specialised medical care is that the issue is accepted in the organisation, supported by the management and systematically led. The obstacles are that the health promotion in specialised medical care is seen contradicting the expectations of communal clients, the view of individual health care is emphasised over the population level gains and the impact of health promotion is considered to be low by the specialised medical care representatives. By contrast, the primary health care representatives consider that the professionally valued position of the specialised medical care improves the effectiveness of health promotion and can make it more patient-centric.

There is a need for a common and unified vision of health promotion. The leaders of primary health care units possess an influential position in preparing the communal plans and decision making considering the services purchased from the specialised medical care units. Leaders of the specialised medical care should stress that health promotion is a common and legitimate value and they should search for good health promotion practices together with professionals in this field. The results of this thesis can be utilized in improving health promoting in hospitals. To get a covering picture of the issue, still more research is needed among the execution level staff and among the patients.

Key words: health promotion, health promoting hospital, strategic planning, management

## SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO .....	1
2.	TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	4
2.1.	Terveyspolitiikan ydinkäsite .....	4
2.2.	Käsitteen monitulkintaisuus .....	7
2.3.	Väestön terveyden edistämisasiivisuus .....	9
2.4.	Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä .....	10
2.5.	Terveyden edistäminen terveydenhuollossa .....	14
3.	SAIRAALAT TERVEYDEN EDISTÄMISEN YMPÄRISTÖNÄ .....	17
3.1.	Health Promoting Hospitals .....	17
3.2.	Suomen terveyttä edistävät sairaalat .....	22
3.3.	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hanke .....	23
4.	OHJAAVATKO STRATEGIAT TOIMINTAA? .....	25
4.1.	Strateginen suunnittelu .....	25
4.2.	Strategiat ja käytäntö .....	25
4.3.	Esteitä strategioiden onnistumiselle kunnassa .....	28
4.4.	Esteitä strategioiden onnistumiselle sairaaloissa .....	28
4.5.	Kehittämisenäkökohtia .....	30
5.	TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	31
6.	AINEISTONKERUU .....	32
6.1.	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä .....	32
6.2.	Tutkielman kohderyhmän valinta .....	33
6.3.	Tutkielman kaksi aineistoa .....	34
6.3.1.	Perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden teemahaastattelut .....	34
6.3.2.	Erikoissairaanhoidon johtavien viranhaltijoiden teemahaastattelut .....	35
6.4.	Haastattelujen ja tutkijanposition arviointia .....	36
7.	AINEISTON ANALYYSI .....	37
7.1.	Tutkimuksessa käytetyt menetelmät .....	37
7.2.	Analyysiprosessi .....	38

8.	TULOKSET .....	44
8.1.	Terveyden edistämisen ulottuvuudet .....	44
8.2.	Minkä organisaation tehtävä terveyden edistäminen on .....	48
8.2.1.	Terveyden edistäminen on yhteinen tehtävä .....	48
8.2.2.	Reviirinäkökulma .....	50
8.3.	Erikoissairaanhoidon tehtävät terveyden edistämässä .....	52
8.4.	Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon toimintakäytäntönä .....	53
8.4.1.	Mitä terveyden edistäminen on tällä hetkellä? .....	53
8.4.2.	Mitä terveyden edistämisen toimintakäytäntö edellyttää? .....	55
8.4.3.	Mitä esteitä terveyden edistämisen toimintakäytännölle on? .....	60
8.4.4.	Tiivistelmä terveyden edistämisen edellytyksistä ja esteistä .....	67
8.5.	Terveyden edistämiskäytäntöjen johtaminen .....	69
8.6.	Yhteenveto tuloksista .....	72
9.	POHDINTA .....	73
9.1.	Johtopäätökset .....	73
9.2.	Tutkielman menetelmällistä arviointia .....	77
9.3.	Jatkotutkimusaiheita .....	79
	LÄHTEET .....	81
	LIITTEET .....	89
	Liite 1 Wienin suositusten peruseriaatteet terveyttä edistäville sairaaloille .....	89
	Liite 2 Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa .....	90
	Liite 3 Teemahaastattelun runko perusterveydenhuollon haastatteluja varten .....	91
	Liite 4 Teemahaastattelun runko erikoissairaanhoidon haastatteluja varten .....	94

## 1. JOHDANTO

Väestön terveydentilan parantaminen ja terveyserojen kaventuminen on määritelty Suomen terveystoimintapolitiikaksi tavoitteiksi terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa vuosille 2008–2011. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota yhteiskunnallisesti vaikuttaviin asioihin kuten terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamiseen, kansansairauksien ehkäisyyn ylipainoisuutta, tupakointia ja päihteiden käyttöä vähentämällä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistamiseen. Terveyden edistämisen nähdään tukevan laajoja yhteiskunnallisia tavoitteita kuten työikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Painopisteen siirtämisellä sairauksien hoitamisesta ongelmien ehkäisyyn tavoitellaan myös kustannusten hillitsemistä. Keskeisenä tehtävänä nähdään terveystoimintapolitiikan vahvistaminen palvelujärjestelmässä. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma.)

Kunnilla on lakisääteisesti vastuu väestönsä terveyden edistämisestä (Kansanterveyslaki 66/1972) ja käytännön toimeenpanosta ovat vastanneet pitkään terveyskeskukset eli niin sanottu perusterveydenhuolto. (Rimpelä 2005a, Rimpelä 2005c). Vuonna 2006 lakimuutoksessa säädettiin, että terveystoimintapolitiikan on otettava huomioon kaikessa kunnan toiminnassa (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005), jolloin terveyden edistäminen tuli kaikkien kunnan eri sektoreiden tehtäväksi. Terveyden edistäminen on määritelty myös sairaaloiden tehtäväksi erikoisalojen mukaisten sairauksien ennaltaehkäisyyn osalta (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989). Kesäkuussa 2010 eduskunnan käsittelyyn tulevassa esityksessä terveydenhuoltolaiksi terveyden edistämistä esitetään terveystoimintapolitiikan lähtökohdaksi ja muun muassa kaikkien erikoissairaanhoitotoimintapolitiikan osaksi. (Terveydenhuoltolaki, STM:n selvityksiä 2008/28). On siis ajankohtaista tarkastella terveyden edistämistä myös erikoissairaanhoitotoimintapolitiikan kuuluvana tehtävänä.

WHO:n Ottawan julkklausuman mukaan terveystoimintapolitiikka on jatkuvasti kehitettävä terveyttä edistävään suuntaan (Ottawa Charter for 1986). Terveyttä edistävät ympäristöt (Sundsvalls Statement on 1991) ja erilaiset elämisen areenat (Jakartan julkklausuma 1997) ovat teemoja, jotka ovat suunnanneet terveyden edistämistyön kehitystä ja sairaaloiden

terveyden edistämistehtävää yhtenä osana tätä kehityskulkua. Kehittämisen tueksi perustettu Health Promoting Hospitals (HPH) -verkosto (Pelikan, Krajjic, Dietscher 2001) esittää sairaaloissa tehtävälle terveydenedistämistyölle neljä ulottuvuutta: potilaiden, väestön ja henkilökunnan terveyden edistämisen sekä terveellisen organisaation (Suomen terveyttä edistävät sairaalat). Tämä HPH-malli tukee terveystalvuujuja parhaiten, kun se integroidaan selkeästi ja järjestelmällisesti terveydenhuollon alueellisiin strategioihin ja toimintakäytäntöihin (Whitehead 2004). Suomen terveyttä edistävät sairaalat -yhdistys on perustettu vuonna 2001, ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on toiminut Suomessa pioneerina ”Terveyttä edistävä sairaala” -ohjelmallaan (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005).

Suomessa terveyden edistämistä sairaaloiden tehtävänä on tutkittu vähän, mutta kansainvälisiä tutkimuksia on 1990-luvun alusta alkaen. Terveyden edistäminen ei ole kuulunut sairaaloiden strategioihin eikä suunnitelmiin (Wiili-Peltola 1999) ja sen mukaan ottaminen strategiaan nähdäänkin erikoissairaanhoidossa uutena ja ristiriitaisena suhteessa sairaalan perustehtävään, sairauden hoitoon (Kotisaari, Hakamäki, Rigoff, Wiss 2008). Käytännön tasolla terveyden edistäminen mielletään perusterveydenhuollon reviiiriksi eikä erikoissairaanhoidossa ole nähty mahdolliseksi ottaa tällaisesta ehkäisevästä työstä vastuuta. Perusterveydenhuollossa puolestaan pidetään terveyden edistämistä omana vastuualueena ja ydintehtävänä eikä ole osattu kaivata erikoissairaanhoidon laajaa osallistumista työhön. Terveyden edistämisen sisällyttäminen erikoissairaanhoidon toimintaan kulminoituu kustannusten rajoittamisesta käytävään keskusteluun kuntien ja sairaanhoitopiirin välisissä palvelusopimusneuvotteluissa. (Rigoff, Wiss & Rimpelä 2008; Hakamäki, Kotisaari, Rigoff & Wiss 2008.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) strategiassa vuosille 2007–2012 linjataan, että terveystalvuujujen suunnittelussa tulee huomioida sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyttä edistävä toiminta. Strategian mukaan yhteistä näkemystä haetaan määrittelemällä yhdessä perusterveydenhuollon kanssa sairauksien ennaltaehkäisyn, tutkimusten ja hoitojen painopistealueet. Sairaanhoitopiirin tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia.)

Erikoissairaanhoidossa tehtävälle terveyden edistämiselle ovat kuitenkin haasteena vakiintunut työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken, välittömien kustannusten minimoiminen (Rigoff ym. 2008.), koettu ristiriita perustehtävän kanssa (Kotisaari ym. 2008) ja strategioiden toimeenpanon hankaluus (Tuomiranta, Poutanen, Silvennoinen-Nuora & Hemminki 2007; Lindfors, Rigoff & Rimpelä 2010). Nämä ovat myös lähtökohtia tämän tutkielman tarkastelulle. Oma kiinnostukseni ja uteliaisuuteni asian tutkimiseen ja kehittämiseen heräsi, kun tein tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää tapaus selvitystä erikoissairaanhoidossa. Tunnistin saman reviiriajattelun vaikuttaneen omaan työhöni terveydenhoitajana, mikä johti tarkastelemaan uudella tavalla terveystalvija.

Tarkastelen tässä tutkielmassa terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon tehtävänä potilas- ja väestönäkökulmasta. Tutkimustehtävänä on selvittää ja kuvata, mitä terveyden edistäminen suomalaisessa erikoissairaanhoidossa tarkoittaa yhtäältä erikoissairaanhoidon ja toisaalta perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkielman tavoitteena on selvittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon johtaville viranhaltijoille tehtyjen teemahaastattelujen avulla, mitä terveyden edistämisen toimintakäytännöt edellyttävät toteutuakseen erikoissairaanhoidossa, ja mitä esteitä terveyden edistämiselle on erikoissairaanhoidon käytännöissä ja terveydenhuollon kokonaisuudessa. Haastatteluissa terveyden edistämisen tarkastelun lähtökohtana ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimeenpanohankkeen osa-alueet: alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin vähentäminen, lapsiperheiden tukeminen, masentuneisuuden ehkäisy ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Terveyden edistämällä tarkoitan toimintaa, joka auttaa ihmisiä oman terveytensä ylläpitämisessä ja parantamisessa (Ottawa Charter 1986).

Tutkimusaihe on kansanterveystieteen keskeistä aluetta, ja tuottaa tietoa terveystalvija-kohtien vahvistamiseksi palvelujärjestelmässä. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpanossa erikoissairaanhoidossa, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämisessä sekä perusterveydenhuollon omien terveyden edistämiskäytäntöjen tarkistamisessa.



## **2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

### **2.1. Terveyspolitiikan ydinkäsite**

Kansanterveyskirjallisuudessa terveyden edistäminen on ollut esillä 1920-luvulta alkaen. Siegeristin mukaan se on yksi lääketieteen neljästä päätehtävästä tautien ehkäisyyn, sairauden hoidon ja kuntoutuksen ohella. (Rimpelä 1994, Awofeso 2004.) Ensimmäisen kerran terveyden edistämiseksi kuvattiin terveyspoliittinen sisältö Kanadan terveysministerin vuonna 1974 antamassa julkilausumassa, ns. Lalonden raportissa. Siinä esitettiin elämäntyylin, ympäristön, terveyspalvelujen sekä terveydestä saadun tutkimustiedon vaikuttavan väestön terveyteen ja edelleen, että muutokset elämäntavoissa sekä sosiaalisessa ja fyysisessä ympäristössä parantavat terveyttä enemmän kuin lisäinvestoinnit terveyspalvelujärjestelmään. Raportissa korostettiin sekä ihmisten omaa vastuuta terveydestään että sosiaalisen ympäristön vaikutusta. Terveyden esitettiin ensisijaisesti rakentuvan terveydenhuollon ulkopuolella. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009.)

Terveydenhuollon painopiste länsimaissa oli 1970-luvulle tultaessa siirtynyt tarttuvista taudeista ja hygieniasta kroonisiin tauteihin ja niiden riskitekijöihin sekä terveydenhuollon palvelujärjestelmään (Rimpelä ym. 2009, 25). Terveyden edistäminen nousi laajemmin keskusteluun Maailman Terveysjärjestön (WHO:n) Euroopan aluetoimistossa tehdyn kehittämistyön ansiosta 1980-luvulla. Taustalla olivat 1970–1980 -lukujen perusterveydenhuollon toiminnan kehittämiseen liittyneet kaksi suuntausta. Yhteisösuuntautuneessa toiminta-ajatuksessa painotettiin perusterveydenhuollon ja ihmisten lähiyhteisöjen yhteistyötä. Häiriö- ja toimintosuuntautuneessa toiminta-ajatuksessa korostettiin puolestaan ammattilaisten osaamista ja niihin perustuvia palveluja, toimintoja ja ohjelmia. WHO:ssa nähtiin tärkeäksi painottaa terveyden yhteiskunnallista määräytymistä. Lääketieteen rinnalle nostettiin

yhteiskuntatieteitten tuottama tieto. Positiivisen terveyden<sup>1</sup> vahvistaminen nostettiin tautien ja riskien rinnalle. Tällaisen toiminta-ajatuksen ydinkäsitteeksi nousi käsite *terveyden edistäminen (health promotion)*. (Rimpelä 2005c, 58–59.)

WHO:n Terveyden edistämisen maailmankonferenssissa Ottawassa vuonna 1986 terveyden edistäminen sitten määriteltiin toiminnaksi, joka auttaa ihmisiä oman terveytensä ylläpitämisessä ja parantamisessa. Terveyden edistäminen on prosessi, ja sitä voidaan kuvata mahdollisuuksien luomisella (Ottawa Charter 1986). Yksilön terveyttä määrittävät hänen mahdollisuutensa vaikuttaa fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä. Näitä mahdollisuuksia parantavat yhtäältä ihmisten ja heidän lähiympäristönsä voimaantuminen (empowerment) ja toisaalta terveyden edistämisen ottaminen huomioon kaikessa yhteisöä koskevassa päätöksenteossa (Vertio 2003; Rimpelä 2005c). Terveyden edistäminen toteutuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Terveyden edistäminen kiteytettiin Ottawan julkilausumassa strategiaksi, jossa on seuraavat viisi toimintasuuntaa: Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, Terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, Yhteisöjen toiminnan tehostaminen, Henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä Terveyspalvelujen uudistaminen. (Ottawa Charter 1986; Vertio 2003.) Rimpelä ym. (2009, 38–39) kuvaa tällaista strategiaa terveyden edistämisen systemisenä tarkastelutapana sekä pyrkimyksenä terveyden edistämisen tavoitteiden ja vastuiden kokonaisvaltaiseen tulkintaan.

Terveyspalvelujen uudistamisen toimintasuunnassa määritellään vastuun terveyden edistämisessä jakautuvan yksityisten kansalaisten, kansalaisryhmien, terveydenhuollon ammattihenkilöstön, terveydenhuollon laitosten ja valtionhallinnon kesken (Ottawa Charter). Kickbusch määrittelee terveyden edistämistyötä tehtävän poliittisen vallan, terveydenhuollon ammattilaisten ja väestön muodostamassa voimakentässä. Nämä

---

<sup>1</sup> Positiivinen terveyskäsitteys painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä toimintamahdollisuuksia. Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara, mutta ei elämisen tavoite (Ottawa Charter 1986).

tekijät ovat riippuvaisia toisistaan ja vaikuttavat toisiinsa samanaikaisesti muutosten jatkumossa. (Vertio 2003, 32.) Ottawan julkilausuman mukaan terveyspalvelujen tulee ottaa huomioon ihmisen ja hänen kulttuuriympäristönsä tarpeet ja tukea yksilöitä sekä myös yhteisöjä terveellisempään elämään. Tähän tarvitaan yhteyksiä ja vuorovaikutusta terveydenhuollon sekä sosiaalisten, poliittisten, taloudellisten ja fyysisen ympäristön tekijöiden välillä. Yksilöt tulee huomioida kokonaisuutena terveyspalveluissa. (Ottawa Charter 1986). Edellä kuvatun toimintasuuntauksen mukaista terveyspalvelujen uudistamista ei Wisen ja Nutbeamien mukaan ole toistaiseksi merkittävästi tapahtunut missään maassa (Rimpelä ym. 2009, 37).

Terveyden edistämisen kehityskulussa kestävimpiä painotuksia ovat yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen vahvistuminen lääketieteen rinnalla, lähiyhteisöjen merkityksen korostuminen ja kansanterveysvastuun laajentuminen terveydenhuollosta kaikille yhteiskunnan sektoreille. Terveyden edistäminen ei ole itsenäinen toimintalinja tai tutkimussuuntaus. (Rimpelä 2005c.) Sen tieteellinen perusta muodostuu eri tieteenaloista. Terveyden edistämisen toimintakentässä tarvitaan yhteiskuntatieteiden, lääketieteen, hoitotieteen ja luonnontieteiden tuottamaa tietoa. Savola ja Ollonqvist kuvaavat terveyden edistämistä välineeksi ja suodattimeksi tällaisen tiedon muuttamisessa väestön terveydeksi ja hyvinvoinniksi. Edellytyksenä terveyden edistämistavoitteiden toteutumiselle on eri tieteenalojen ja ammattilaisten yhteistyö. (Savola & Ollonqvist 2005, 46.)

Terveyden edistämisestä ei ole saavutettu Ottawan julkilausuman tavoitteista huolimatta kokonaisuutta kattavaa systeemistä mallia. Terveyden edistämiseen liittyvässä kehityksessä on eriytynyt kolme kirjallisuudesta löytyvää tulkintasuuntausta: perinteinen terveydenhuoltolähtöinen, terveyden sosiaalisiin determinantteihin ja yhteisösuuntautuneisuuteen painottunut sekä henkilökohtaisia vastuita ja valintoja painottava tulkinta. Kaikissa tulkintasuuntauksissa perusterveydenhuollon mahdollisuudet ja vastuu väestön terveyden edistämässä nähdään tärkeinä. (Rimpelä ym. 2009, 39) Kehittäminen jatkuu ja Ottawan julkilausuman määritelmä terveyden edistämisestä on edelleen kehittämistyön perustana (ks. Terveyden edistämisen laatusuositus, 15–18; Barry, Allegrante, Lamarre, Auld & Taub 2009).

## 2.2. Käsitteen monitulkintaisuus

Ottawan julkilausuman (1986) kiteyttämässä strategiassa *terveyden edistäminen* sai ammatillis-tieteellisen sisällön ja siitä tuli terveystieteellisen tutkimuksen ja koulutuksen ydinkäsitteitä (Awofeso 2004; Lindfors ym. 2010). Arkielämässä sanaparilla terveyden edistäminen tarkoitetaan tavallisesti yksittäisten ihmisten toimintaa oman terveytensä edistämiseksi (Lindfors ym. 2010).

Tieteellisessä kirjallisuudessa, oppikirjoissa ja hallinnon kielessä on paljon tulkintoja terveyden edistämisestä. Käsitettä *health promotion* on käytetty lähes synonyyminä esimerkiksi *public health* ja *health education* -käsitteille. Yhteinen terveyden edistämisen toiminta-ajatus on siten hajautunut (Rimpelä 2005c.) ja tilannetta kuvaakin terveyden edistämistä koskevien määritelmien runsaus. Monien terveyden edistämisen määritelmien ongelmana on lisäksi teoreettisuus, jolloin on vaikea tavoittaa terveyden edistämisen konkreettista sisältöä. Terveyden edistämisen määrittelyt perustuvat arvoihin, lähtevät tavoitteista, keskittyvät toimintaan tai korostavat terveyden edistämisen tuloksia. Määritelmässä korostetaan promotiivista näkökulmaa<sup>2</sup>, mikä käytännössä kuitenkin usein muotoutuu preventiiviseksi toiminnaksi. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 36.)

Tautien ehkäisyn ja terveyden edistämisen suhteesta on esitetty vuosien kuluessa erilaisia näkemyksiä. Prevention on joko nähty kuuluvan tai se on suljettu pois terveyden edistämisen käsitteestä. Yhdysvalloissa ja Kanadassa käytettiin 1970-luvulla käsitettä ”*terveyden edistäminen ja tautien ehkäisy*”. Kirjallisuudessa on

---

<sup>2</sup>Terveyden edistämisen **promotiivinen** näkökulma tarkoittaa elinehtojen ja elämänlaadun parantamista mahdollisuuksia luomalla. Terveyttä pyritään vahvistamaan ennen ongelmien syntyä esimerkiksi yhteiskuntapolitiikan avulla. Terveyden edistämisen **preventiivinen** näkökulma tarkoittaa sairauksien ehkäisyä. **Primaaripreventio** tarkoittaa sairauksien ehkäisyä ennen taudin esiasteen kehittymistä, esimerkkeinä rokottaminen ja terveysneuvonta. **Sekundaaripreventiolla** pyritään estämään sairastuminen tai sairauden paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. **Tertiaaripreventio** liittyy kuntoutuksen käsitteeseen. (Savola-Koskinen-Ollonqvist 2005, 15)

ydinkäsitteenä käytetty paljon myös *ehkäisevä lääketiede (preventive medicine)* - käsitettä, joka on lähtökohdiltaan ollut tautikeskeinen ja jonka kohteena on ollut yksittäisten ihmisten terveyden edistäminen terveydenhuollon toimilla kuten terveyskasvatuksella. (Rimpelä ym. 2009.)

Myös suomalainen kuntajohto tulkitsee terveyden edistämisen lukuisilla erilaisilla ja osin ristiriitaisilla tavoilla eikä vallitseva tulkinta perustu Ottawan julkilausuman mukaiseen ammatillis-tieteelliseen terveyden edistämisen määrittelyyn. Tämä tuli esiin tuoreessa, kahden suuren kaupungin johtaville viranhaltijoille tehdyssä haastattelututkimuksessa. Viranhaltijat edustivat eri toimialoja ja organisaation johtamisjärjestelmien eri tasoja (esim. apulaiskaupunginjohtaja ja sosiaalipalvelupäällikkö). Terveyden edistämisen johtaminen kuului heidän toimenkuvaansa sekä omalla hallinnonalalla että poikkihallinnollisena strategisena työskentelynä. (Lindfors ym. 2010.)

Eri hallinnon sektoreille yhdenmukaisin tulkinta terveyden edistämässä on tutkimuksen mukaan tautien ehkäisy ja varhainen puuttuminen, joilla halutaan muuttaa toiminnan suuntaa pois ongelmien ja vaurioiden hoitamisesta. Lindfors ym. (2010, 19–20) korostaa, että ehkäisy näkökulmassa jäävät kuitenkin helposti huomiotta näkökulmat mahdollisuuksien luomisesta elämänehtojen ja elämänlaadun parantamiseksi Ottawan julkilausuman (1986) keskeisen sisällön mukaan.

Tautien ehkäisy edusti tutkimuksessa terveyden edistämisen tulkintaa kapeimmillaan. Terveyden edistäminen käsitetään ja siitä halutaan puhua myös hyvinvoinnin edistämisenä. Hyvinvoinnin edistämistä perustellaan kuntien poikkihallinnollista työskentelyä paremmin ohjaavaksi periaatteeksi kuin käsitettä terveyden edistäminen. Hyvinvointitulkinta itsessään kuvattiin laajaksi näkökulmaksi, mutta siinä kuitenkin terveys ymmärrettiin usein kapea-alaisesti. Terveys jopa tautikohtaisessa tulkinnassa näytti olevan laajempi. (Lindfors ym. 2010.) Näyttää siis siltä, että terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin edistäminen voivat tarkoittaa eri henkilöiden mielestä toisiaan vastaavia asioita ja toisaalta terveyden edistäminen voi tarkoittaa eri henkilöille eri asioita.

Kuntajohdon mielestä terveyden edistäminen kuitenkin on tai sen ainakin kuuluisi olla tärkeä osa kunnan strategiassa ja läpäistä eri hallinnon- ja toimialat. Vastakkaisena näkökulmana osa kuntajohdosta esittää yksilöiden olevan vastuussa omista elämäntavoistaan, jolloin terveydenhuoltojärjestelmä edustaa ensisijaista terveyden edistämisen toimijaa. (Lindfors ym.2010.)

Myös tutkimuksessa väestön terveyden edistämisestä terveystieteessä (Rimpelä ym. 2009) tuli esiin erilaisia käsityksiä terveyden edistämisen käsitteestä. Terveystieteiden johdon vastauksissa oli paljon vaihtelua ja tulkintaa, millaisia terveystieteiden tehtävät ja mahdollisuudet terveyden edistämisessä ovat. Rimpelä ym. (2009, 273) väittääkin tämän yhdessä Lindforsin ym. (2010) tulosten kanssa osoittavan, ettei Suomessa edes ammattihenkilöstön keskuudessa ole vakiintunutta ammatillis-tieteelliseen tulkintaan perustuvaa näkemystä terveyden edistämisestä.

Lindfors ym. (2010) arvelee terveyden edistämisen hajautumisen lukuisiin projekteihin osaltaan hidastaneen yhteisen tulkinnan muodostumista. Terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettuja hankkeita on ollut monitasoisia ja tavoitteet niissä ovat olleet usein epäselviä, yleisluontoisia ja liian laajoja. Käsitteiden erilaiset tulkinnat voivat heijastaa myös erilaisia poliittisia ideologioita kunnallisessa hallinnossa, missä poliittiset puolueet voivat painottaa eri asioita yhteisiä asioita päätettäessä (Carter-Pokras & Baquet 2002, 426). Lindfors ym. (2010) tähdentää, että tulisi tiedostaa perustuvatko terveyden edistämisen erilaiset tulkinnat sattumaan vai erilaisiin ideologisiin vaihtoehtoihin. Kuntajohdossa olisi siis ymmärrettävä, että terveyden edistäminen saattaa tarkoittaa eri osapuolille eri asioita ja myös se, että erilainen näkemys voi olla tietoinen valinta. Muussa tapauksessa terveyden edistämisen johtaminen ja arviointi näyttäytyvät vaikeasti hallittavina asioina.

### **2.3. Väestön terveyden edistämisaktiivisuus**

Terveyden edistämishjelmissä on huomattu keskeiseksi ongelmaksi saada aikaan pysyviä vaikutuksia. Huomion kiinnittäminen vain välittömiin kohdeväestön tai

ympäristön terveystuloksiin ei varmista pitempiaikaista vaikutusta. Siksi huomio tulisikin kiinnittää organisaatioihin. Organisaatioiden ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi yhteen terveydenedistämishjelmaan paneutumisen sijasta pystyä muuttamaan interventiot pysyviksi käytännöiksi. Taito johtaa terveyden edistämishjelmiä ja aloittaa uusia ohjelmia on oleellista. Terveydenhuollon ammattilaisten aktiivisuus voi näin moninkertaistaa vaikutukset. Tällaista toimintaa ja resurssia kuvataan kansainvälisessä kirjallisuudessa käsitteellä ”*health promotion capacity building*”. (Hawe, Noort, King & Jordens 1997)

Käsitteen suomenkielinen versio on *väestön terveyden edistämisaktiivisuus* (Rimpelä ym. 2009, 46). Terveyden edistämisen arviointia on tulosten ja prosessien arvioinnin ohella laajennettu näin terveyden edistämisen johtamisen, rakenteiden ja voimavarojen arviointiin. Samalla näkökulma laajenee koskemaan yksilöiden sijasta väestöä. Terveyden edistämishjelmien toimeenpano ja niiden muuttaminen pysyviksi käytännöiksi edellyttävät organisaation sitoutumista terveyden edistämiseen, toiminnan suunnitelmallista johtamista, osaavaa henkilökuntaa ja yhteisiä toimintakäytäntöjä. Toiminta perustuu väestön terveysseurantaan ja tarveanalyysiin. Kansalaisten osallistumismahdollisuuksia toiminnan kehittämiseen ja arviointiin korostetaan.

#### **2.4. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä**

Terveyden edistämisen perinne kuntien tehtävänä alkaa Suomessa 1800-luvulta hygienian edistämisestä ja tartuntatautien torjunnasta. Äitien, lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon kehittäminen korostui 1920–1960 -luvulla. Kansansairauksien seulonta ja terveystarkastukset olivat keskeisiä 1960–1980 -luvulla ja terveystarkastukset olivat keskeisiä 1960–1980 -luvulla ja terveystarkastukset olivat keskeisiä 1960–1980 -luvulla ja terveystarkastukset olivat keskeisiä 1960–1980 -luvulla ja terveystarkastukset olivat keskeisiä 1960–1980 -luvulla. Ydinkäsitteenä olleen *terveydenhoidon* tilalla alettiin käyttää käsitettä *terveyden edistäminen* 1980-luvulla. Tuolloin terveyden edistäminen kuitenkin väistyi terveydenhuollossa kansanterveystyötä kehitettäessä sairaanhoidon tieltä. Terveyden edistämisen painopiste siirtyi kansainvälisen kehityksen mukaisesti poikkihallinnollisuuteen ja sittemmin terveydenhuollon ulkopuolelle. (Rimpelä ym. 2009.)

Terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi (Kuntalaki 365/1995; Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989). Kansanterveyslain 1 §:n mukaan ”*Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ehkäisy ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa.*” Vuoden 2006 kansanterveyslain muutoksessa aiemmin käytetty käsite terveydenhoito korvattiin käsitteellä terveyden edistäminen. Terveyden edistäminen tuli kuitenkin, kuten edellä mainittiin, suomalaiseen keskusteluun jo 1980-luvulla. (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005.)

Kunnat vastaavat myös tarpeellisesta erikoissairaanhoidosta. Tämän vastuun toteuttamiseksi kunnan tulee kuulua johonkin valitsemaansa sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.) Kansanterveyslain 27 §:n mukaan kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Myös erikoissairaanhoitolain 10 §:ssä veloitetaan toiminnallisesta kokonaisuudesta huolehtimista. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on alueellaan yhdessä terveyskeskusten kanssa suunniteltava ja kehitettävä toimintaa siihen pääsemiseksi. Kun terveyden edistäminen on erikoissairaanhoitolaissa määritelty myös sairaaloiden tehtäväksi erikoisalojen mukaisten sairauksien ennaltaehkäisyn osalta (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989), se on näin lakisääteisesti kansanterveystyön (perusterveydenhuollon) ja erikoissairaanhoidon yhteinen tehtävä.

Kuntien vastuu terveydenhuollon toiminnan suunnittelusta lisääntyi vuodesta 1993 alkaen. Silloin valtion yleis- ja ohjekirjeisiin sekä valtakunnallisiin suunnitelmiin perustuva, sitova ohjaus purettiin. Tilalle tuli informaatio-ohjaus, joka on toteutunut erilaisten kansallisten ohjelmien (esim. Terveys 2015-ohjelma) sekä sosiaali- ja terveysministeriön antamien suositusten (esim. Päihdepalvelujen laatusuositus) ja ministeriön johdolla toteutettujen hankkeiden (esim. Kansallinen terveydenhuolto-ohjelma) avulla. Lisäksi toiminnan suuntaamista ohjataan Käypä hoito -suosituksissa. (Rimpelä 2005b)

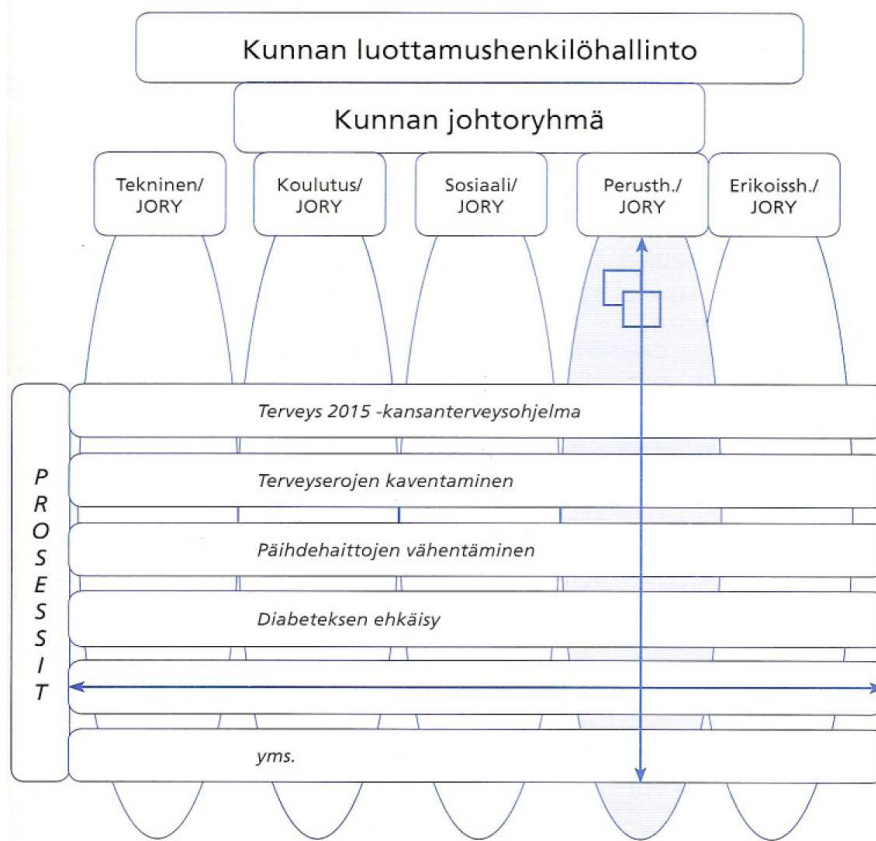
Terveysnäkökohtien huomioiminen kaikessa kunnan toiminnassa tuli lakisääteiseksi vuonna 2006 (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005.) Eri hallinnonaloilla



tehtävissä päätöksissä tulee ottaa huomioon päätösten vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin. Tällaisia päätöksiä tehdään esimerkiksi kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuksessa, liikennesuunnittelussa, koulutuksessa, työpolitiikassa ja tietysti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveyden edistämisen toteutuminen edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä sekä toimivia rakenteita ja käytäntöjä kunnissa ja alueellisesti. (STM:n selvityksiä 2008/28.)

Neurolat ja työterveyshuolto ovat hallinnollisia yksiköitä, joiden perustehtävää terveyden edistäminen on, kun taas esimerkiksi kaavoituksessa ja sairaanhoidon yksikössä terveyden edistäminen on tärkeä toimeksianto perustehtävän ohessa. Hallinnollisissa yksiköissä terveyden edistäminen toteutuu kunkin yksikön erityispiirteiden mukaisina menetelminä (esim. seulontatutkimukset). Toimintaa ohjaavat lakisääteiset tehtävät ja kansalliset tavoite- ja toimintaohjelmat. (Rimpelä ym. 2009.)

Hallinnollisten yksiköiden yhteistyötä ja prosessijohtamisen sovellutusmallia havainnollistaa kuvio 1. Se kuvaa näin myös erikoissairaanhoidon hallinnollisen yksikön yhtenä väestöterveyden edistämisen osapuolena. Samalla kuva osoittaa, että on kyseessä monimutkainen toimintojen ja ympäristöjen verkosto. On kysymys yhteistyössä rakennetuista prosesseista, joihin eri hallinnonalat osallistuvat omalla panoksellaan. Jokaisen hallinnonalan ja toimijan sisäinen johtaminen suhteessa prosesseihin ja muihin toimintoihin on toinen kysymys. Asiaa on kuvattu tarkemmin teoksessa Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa (Rimpelä ym. 2009, 48–50).



**Kuva 1. Väestöterveyden edistämisen hallinnolliset yksiköt, prosessit ja toiminnot prosessijohtamisen sovellutuksena kunnassa, esimerkkinä perusterveydenhuollon näkökulma. (Rimpelä ym. 2009)**

Kuntia on tuettu monilla eri tavoilla väestönsä terveyden edistämässä viime vuosina. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet kohdistuvat kansanterveyden keskeisiin ongelmiin elämänkulun eri vaiheissa. Se on yhteistyöohjelma, jonka tavoitteena on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ohjelman terveydenhuoltojärjestelmää koskevassa linjauksessa korostetaan terveyden edistämisen näkökulmaa kaikissa terveyspalveluissa. Yhteiseksi tavoitteeksi esitetään muun muassa eriarvoisuuden vähentäminen ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien suhteellisen aseman parantaminen. (Valtioneuvoston periaatepäätös.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulisi nostaa kunnissa yhdeksi toiminnan painopistealueeksi.

Ottawan julkilausumasta on johdettu kuusi toimintalinjaa: 1. Terveyden edistämisen toimintapolitiikka 2. Terveyttä edistävät elinympäristöt 3. Terveyttä edistävä yhteistyö 4. Terveyden edistämisen osaaminen 5. Terveyttä edistävät palvelut 6. Terveyden edistämisen seuranta ja arviointi. (Terveyden edistämisen laatusuositus)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa vuosille 2008–2011 korostetaan terveyden edistämisen ottamista huomioon laajasti kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa: palvelujärjestelmässä, elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksityiselämässä. Kunnan korkein johto esitetään kuntalaisten terveyden edistämisen vastuutahoksi. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma.)

Suosituksen mukaan kunnissa tulisi asettaa terveyden ja hyvinvoinnin strategiset tavoitteet ja kirjata ne omaan hyvinvointistrategiaansa tai kuntastrategian osaksi ja edelleen toimialakohtaisiin suunnitelmiin. Strategian toimeenpano on osa toiminnan ja talouden suunnitelmaa. Terveyden edistämisen johtaminen tulisi kytkeä osaksi kunnan johtamisjärjestelmää. (Terveyden edistämisen laatusuositus; Terveyden edistämisen politiikkaohjelma.)

## **2.5. Terveyden edistäminen terveydenhuollossa**

Suomessa terveyden edistämällä on pitkät ja ansiokkaat perinteet. Ehkäisevän terveydenhuollon ansiosta Suomea kuvattiin mallimaana 1970-luvulla. Terveyden edistämisen kehityksessä painopiste siirtyi terveydenhuollon ulkopuolelle 1980-luvulla ja seuraavalla vuosikymmenellä terveyden edistämisen voimavarat vähenivät edelleen selvästi esimerkiksi kouluterveydenhuollossa taloudellisen laman seurauksena (Vertio 2003, 113). Taloudellinen kasvu ei tilannetta muuttanut ja terveyskeskukset ovat pelkistyneet yhä enemmän sairaanhoidon järjestäjiksi (Rimpelä ym. 2009). Uusi lama antaa aiheen jälleen etsiä tarkoituksenmukaisimpia vaihtoehtoja terveyden edistämässä.

Kunnan muiden hallinnonalojen vaikutusmahdollisuuksia terveyttä määrittäviin tekijöihin on korostettu vastuuttamalla ne omalta osaltaan terveyden edistämiseen

(Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005). Samalla on terveydenhuollon palvelujärjestelmän osuutta kyseenalaistettu erilaisissa keskusteluissa ja esitetty kansanterveyden muutoksissa sen olevan vain 10–20 % suuruusluokkaa (Rimpelä 2005b; Rimpelä ym. 2009, 274). Sairauksien syihin vaikuttamisen on nähty olevan terveydenhuollon ulottumattomissa (Teperi, J. & Keskimäki, I. 2007, 286). Leppo arvioi kuitenkin terveydenhuollon toimien selittävän sen, että viime vuosikymmeninä kuolleisuus on alentunut noin kolmanneksella. Terveydenhuollon osuus on siten kuolleisuuden ja tautikuorman vähentämisessä paljon suurempi kuin aiemmin arvioitiin. (Leppo 2007.)

Rimpelän (2005b) mukaan terveydenhuollon vastuu terveyden edistämässä on vain korostunut muiden sektorien vastuiden myötä. Terveydenhuollossa koetaan parhaimmillaan kansanterveysvastuuta ja sen myötä toteutetaan aktiivisesti seuranta-, asiantuntija- ja vaikuttajaroolien mukaisia tehtäviä (Rimpelä 2005b). Jousilahti korostaa terveydenhuoltoa aloitteentekijänä, koordinoijana ja puolestapuhujana esimerkiksi terveyttä tukevan ympäristön luomisessa. Pohjois-Karjala -projekti osoitti sektorienvälisen yhteistyön tärkeyden ja hyödyn, mutta myös terveydenhuollon tärkeän roolin. (Jousilahti 2006, 48.)

Terveyden edistämällä on Suomessa perinteitä myös sairaaloiden tehtävänä. Vuonna 1958 Sairaanhoidajalehti-lehti kertoi ”*Huomattavasta kongressista Helsingissä*”. WHO:n Euroopan alueen kongressin aiheena oli sairaanhoitajan osuus kansanterveystyössä. Lehden mukaan: ”*Tämän päivän tulkinta sairaanhoitajan työstä sisältää varsinaisen sairaanhoidon lisäksi myös terveyden vaalimisen ja edistämisen. Näin ollen terveydenhuolto sisältyy erottamattomasti kaikkeen sairaanhoitajan työhön sekä sairaaloissa että avoterveydenhuollossa.*” (Sairaanhoitaja 2008, 41.)

Johtamisen ja hallinnon kannalta terveyden edistäminen tuli ajankohtaiseksi sairaaloissa vuonna 1978 lääkintöhallituksen ohjekirjeellä terveyskasvatuksen tehostamisesta. Sen mukaan sairaaloissa terveyskasvatuksen tuli kohdistua kaikkiin potilaisiin yleisenä terveyskasvatuksena ja lisäksi sen tuli olla osa jokaisen potilaan hoitosuunnitelmaa. Kaikki työntekijät veloitettiin osallistumaan toimenkuvansa

mukaan terveystieteeseen. Sairaaloihin tuli nimetä terveystieteiden yhdyshenkilö ja perustaa terveystieteiden yhteistyöryhmä. (Terveystieteiden tehostaminen.)

Terveyden edistäminen sairaanhoidossa on nykyisinkin ajankohtainen asia ja huomion kohteena muun muassa uudessa lakiesityksessä. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistävän terveydenhuoltolain tarkoituksena on paitsi edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista, myös tiivistää erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuollon yhteistyötä sekä varmistaa asiakaslähtöisyyttä. Terveyden edistämistä esitetään terveyspalveluiden lähtökohdaksi ja kaikkien erikoissairaanhoitoa hoitoprosessien osaksi. Perus- ja erikoistason tulisi lakiesityksen mukaan toimia samojen periaatteiden mukaisesti. (Terveydenhuoltolaki, STM:n selvityksiä 2008/28.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa terveyttä edistävien peruspalvelujen kehittämisessä esitetään tavoitteeksi terveyttä edistävän hoitokulttuurin omaksuminen. Tämä tarkoittaa kokonaisvaltaista käsitystä terveydestä: henkilökunnan, potilaiden ja heidän omaistensa terveyden edistämistä. Terveyttä edistävät näkökohdat tulee ottaa huomioon erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuollon välisissä hoitoketjuissa. (Terveyden edistämisen laatusuositus.)

Rimpelän ym. (2009) mukaan kansainvälisessä perusterveydenhuollon kehityksessä keskeisiä teemoja ovat ehkäisy ja hoitoa yhdistäminen, moniammatillinen ryhmätyö sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoa suhde toisiinsa. Käytännössä monissa maissa yksilösuuntautuneisuus on voimistunut perusterveydenhuollossa ja potilaiden tarpeisiin vastaamista korostetaan. Strategioissa painottuvat ongelma- ja toimintasuunnaukset yhteisösuunnauksen sijasta, tosin viime vuosina perusterveydenhuollon suhde yhteisöön ja sen väestöön on jälleen tullut ajankohtaiseksi teemaksi. Rimpelän ym. (2009) mukaan De Maeseneer esittää tulevaisuuden haasteeksi globaalien perusterveydenhuollon strategian, joka yhdistäisi yksilö-, yhteisö- ja tautisuunnaukset. (Rimpelä ym. 2009)

### 3. SAIRAALAT TERVEYDEN EDISTÄMISEN YMPÄRISTÖNÄ

#### 3.1. Health Promoting Hospitals

Terveyden edistämisestä sairaalan tehtävänä on raportoitu jo 1970-luvun lopulta, jolloin USA:ssa liitettiin sairaalan palveluihin terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä (Pelikan, Krajic, & Dietscher, 2001, 241). Ottawan julkilausuma (1986) oli lähtökohta Euroopassa sairaaloiden terveyden edistämistyölle, ja seuraavien WHO:n kongressien teemat edistivät tätä kehittämistä (Dooris 2005). Terveyden edistämisen maailmankongressissa Sundsvallissa (Sundsvall Statement 1991) suunnattiin huomio terveyttä edistävien ympäristöjen kehittämiseen perustana Ottawan julkilausuman näkökulma, että *”Ihmiset luovat terveytensä ja elävät sen mukaisesti jokapäiväisessä elinympäristössään, siellä missä he oppivat, työskentelevät, leikkivät ja rakastavat.”* (Ottawa Charter 1986). Yhteisöllisyyden ymmärtäminen oli seuraava teema terveyden edistämisen kehittämisessä. Kokonaisvaltaista lähestymistapaa korostaen suunnattiin kehittämistyötä erilaisille areenoille (ympäristöille), kuten kaupungit, koulut, työpaikat ja sairaalat. (Jakartan julistus 1997.)

Wieniläisessä sairaalassa sovellettiin ensimmäisen kerran WHO:n eurooppalaisessa työpajatyöskentelyssä kehitettyjä ideoita terveydestä sairaalassa. Tämä kehittämisprojekti oli perustana Health promoting hospitals -verkostolle (HPH), joka perustettiin vuonna 1990. Siinä oli aluksi lähinnä eurooppalaisia jäseniä, mutta myös Kanadassa ja Australiassa sekä myöhemmin Thaimaassa on tehty vastaavaa kehittämistyötä. (Pelikan ym. 2001.) Naapurimaassa Virossa on viime vuosina tehty paljon asian edistämiseksi ja siellä jo kolme neljäsosaa sairaaloista kuuluu HPH-verkostoon (Polluste, Alop, Groene, Härm, Merisalu & Suurorg 2007).

HPH-verkoston yhteinen visio ja toiminnan ydinasiat kirjattiin Budapestin julistukseen vuonna 1991 ja HPH-sairaaloissa 1990-luvulla tehdyn pilottiprojektin perusteella todettiin käyttökelpoiseksi erityyppisten sairaaloiden ja terveydenhuollon järjestelmien kehittämismahdollisuudeksi. (Pelikan ym. 2001, 241.) HPH-verkosto edellyttää jäsensairaaloidensa sitoutuvan suosituksiin (Liite 1), joiden arvolähtökohtina ovat oikeudenmukaisuus ja solidaarisuus. Suositusten keskeisiä asioita ovat laadun

parantaminen, kokonaisvaltainen terveyden tarkastelu, ihmiskeskeisyys, resurssien tehokas käyttö sekä hyvät suhteet muihin terveydenhuollon tasoihin ja yhteiskuntaan. (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005, 2242.)

Terveyden edistäminen tulisi myös sairaaloissa ensisijaisesti ymmärtää toimintana, jolla lisätään ihmisten mahdollisuuksia terveytensä ylläpitämiseen ja parantamiseen Ottawan julkilausuman mukaisesti. Näin tulevat esiin ne moninaiset mahdollisuudet, joita terveyden edistämiseksi myös sairaaloissa on. (Pelikan ym. 2001, 240.) Sairaalan perustehtävä on mukana terveyttä edistävän sairaalan käsitteessä parantavana, oireita lievittävänä ja kuntouttavana toimintana. Tautien ehkäisy ja hyvinvoinnin lisääminen tulevat näiden lisäksi ymmärretyksi, kun toimintaa ajatellaan mahdollisuuksien lisäämisen näkökulmasta. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat.)

Sairaala terveyden edistämisen ympäristönä perustuu Ottawan julkilausuman viidenteen toimintasuuntaan eli terveystalvelujen uudistamiseen. Se tarkoittaa kuitenkin myös julkilausuman neljän muun toimintasuunnan toimeenpanemista eli terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisemmän ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen toiminnan tehostamista ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä. (Johnson & Baum 2001.) Nämä toimintasuuntaukset ovat pohjana HPH-mallissa, jossa terveyden edistämiseksi sairaaloissa kuvataan neljä lähestymistapaa (kuva 1): potilaiden terveyden edistäminen, väestön terveyden edistäminen, henkilökunnan terveyden edistäminen ja terveellinen organisaatio (Suomen terveyttä edistävät sairaalat).



**Kuva 2. Lähestymistavat terveyden edistämiseen sairaaloissa (Suomen terveyttä edistävät sairaalat)**

Sairaala toimii terveystalvveluja tuottavana ympäristönä ja voi vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa terveystkäyttäytymiseen. Sairauden kohdatessa potilaat ja omaiset ovat Odgenin mukaan vastaanottavaisempia terveystneuvonnalle. Tutkimusten mukaan välttyttäisiin lisäksi suurelta määrältä uusia hoitajaksoja, jos potilaat osaisivat hoitaa ja hoitaisivat itseään paremmin kotiuduttuaan. (Groene & Garcia-Barbero 2005.) Potilasohjaus on totuttu käytäntö ja voimaannuttamisestakin on kokemuksia. Näihin asioihin panostaminen on kuitenkin jatkuvasti ajankohtaista (Tones & Tilford 2001). Terveystalvveluilla on tärkeä rooli terveyden ja elämänlaadun ylläpitämisessä ja kroonisiin tauteihin sairastumisen ehkäisemisessä (Health Promoting Hospitals).

Väestön terveyden edistämisen lähestymistapa tarkoittaa, että sairaalat ovat alueellaan aktiivisessa vuorovaikutuksessa toimintaympäristönsä kanssa. Sairaalaan kertyneiden tietojen avulla on mahdollista arvioida alueen väestön terveystarpeita (Groene & Garcia-Barbero 2005, 7), esimerkiksi tietyltä alueelta tulevien tautitapausten perusteella (Vertio 2003, 125). Sairaaloiden terveyden edistämistehtäviä voidaan perustella myös sillä tärkeällä näkökohdalla, että sairaaloissa tavoitetaan haavoittuvimpia väestön osia. Sairaaloiden päivystyspoliklinikoitten ja -osastojen lääkärit ovat käytännössä omalääkäreitä osalle potilaista, sillä saattaa olla, että he eivät käy ollenkaan perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla. Päivystystvastaanotot voidaankin nähdä terveyden edistämisen voimavarana yhteisölle. (Rondeau, Francescutti & Cummings 2006.)

Sairaaloiden henkilökunnassa terveyden edistämisen kohteena on 1-3 % työikäisestä väestöstä. Lisäksi henkilökunta, joka itse pitää huolta itsestään, huomioi vastaavat asiat työssään. Sairaalan työpaikkana tulee ottaa huomioon, miten se voi tätä näkökulmaa tukea. Tutkimuksenkin mukaan henkilöstön terveyden, tuottavuuden ja potilaiden hoidon tason välillä on vahva yhteys. Juuri henkilökunnan kautta terveyden edistäminen tulee myös potilaiden hoidon osaksi. Sairaala terveellisenä organisaationa edellyttää fyysisten, kemiallisten, biologisten ja psykososiaalisten vaaratekijöiden huomioon ottamista ja hallitsemista sairaaloiden erilaisissa työprosesseissa. (Groene 2005, 6.)



Vuosien mittaan HPH-verkoston sairaaloissa on toteutettu useita eri aiheisiin liittyviä, yksittäisiä ohjelmia kuten tupakoinnin lopettamiseen liittyvät interventiot. Sairaaloiden terveyden edistämiskäytäntöjä on kuvattu myös enemmän potilaiden omahoidon ohjauksena ja opettamisena kuin terveyden edistämisenä (Whitehead 2004). Johnson ja Baum (2001) ovat kirjallisuuden perusteella löytäneet neljä erilaista terveyttä edistävän sairaalan näkökulmaa. Ensimmäinen niistä on terveyden edistäminen yksittäisenä terveyden edistämiprojektina, mikä ei vielä tarkoita, että sairaalassa olisi sitouduttu terveyden edistämiseen. Se voi olla kuitenkin askel sitä kohti. Jos terveyden edistäminen toteutetaan yksittäisinä projekteina, toiminnan pysyvyys projektien jälkeen tulee haasteeksi. Terveyden edistäminen voi olla delegoitu jollekin sairaalan toimialalle, osastolle tai henkilökunnalle, jolloin se myös jää marginaaliseksi asiaksi organisaatiossa. Toimintaa on silloin vaikea laajentaa, sillä terveyden edistäminen mielletään helposti juuri kyseisen osaston tai henkilökunnan omaksi tehtäväksi. (Johnson & Baum, 2001.)

Kolmannen näkökulman mukaan sairaala toimii terveyttä edistävänä ympäristönä. Organisaatio on silloin sitoutunut terveyden edistämiseen, jonka kohteena ovat potilaat perheineen, henkilökunta, organisaatio ja sairaalan fyysinen ympäristö. Terveyden edistäminen on integroitu toimintaan ja päätöksentekoon. Sitoutuminen yhteisön terveyden edistämiseen kuitenkin puuttuu. Ajatuksena on, että pannaan ensin oma talo järjestykseen ja puututaan vasta sitten muiden ongelmiin. Neljännessä näkökulmassa sairaala on sitoutunut kehittämään organisaationsa terveyttä edistäväksi ja se ottaa vastuuta myös alueensa yhteisön terveyden edistämisestä. Tällaisiin tuloksiin päästään systemaattisella toiminnalla yhteistoimin potilaiden ja heidän perheidensä sekä muiden palveluiden tuottajien kanssa sekä yhteistyössä eri hallinnonalojen kesken. (Johnson & Baum 2001.)

Terveyden edistämisen tulee sisältyä sairaalan visioon ja strategiaan ja sen omaksuminen yhteiseksi arvoksi on edellytys sille, että organisaatio todella muuttuu terveyttä edistäväksi (Whitehead 2004). Terveyden edistämisen saaminen sairaalan pysyväksi toiminnan osaksi edellyttää muutokseen sitoutumista ja tukea organisaation eri tasoilla sekä toimintaohjelmien ja -käytäntöjen toteutumisen arviointia. Organi-

saatiokulttuurin ja -rakenteen muuttuminen vaatii paitsi aikaa, myös johtamista kaikilla organisaatiotasoilla. Vaarana on, että terveyden edistäminen jää yksittäisten aktiivisten toimijoiden vastuulle tai pelkästään retoriikan tasolle (Johnson & Baum, 2001.)

Yksi haaste terveyden edistämiseksi on ollut näyttöön perustuvan tiedon saaminen toiminnan lähtökohdaksi. (Pelikan ym. 2001.) Nyttemmin terveyden edistämisestä on tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Sairaaloissa tulisikin antaa tietoa suosituksista, ohjata ja tukea potilaita tarpeellisiin muutoksiin tupakointiin, alkoholin käyttöön, liikuntaan ja ruokavalioon liittyvissä asioissa. (Groene & Garcia-Barbero, 2005, 24). McKeen mukaan näyttöä on toistaiseksi niukasti terveyttä edistävien sairaaloiden tuottamasta terveyshyödystä. (Dooris 2005, 57). Kuitenkin esimerkiksi Virossa on HPH-toiminnasta seurannut monia positiivisia tuloksia, kuten säännölliset potilastyytyväisyyskyselyt ja yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa (Polluste ym. 2007).

Sairaaloiden kehittyminen terveyttä edistäviksi on ollut hidasta ja toimintaa luonnehtivatkin enemmän yksittäiset terveyden edistämisen projektit (Johnson & Baum 2001; Polluste ym. 2007). Oleellista HPH-toiminta-ajatuksen toteutumiselle on, että terveyden edistäminen liitetään laatutyöhön ja laadunkehittämissjärjestelmiin aivan kuten kliininen hoito ja potilasturvallisuus. Siten se saadaan sopeutettua erilaisiin olosuhteisiin. (Pelikan et al., 2001, 242.)

HPH -verkosto on kehittänyt standardit (Liite 2) sairaaloiden terveyden edistämistoiminnalle pilottitutkimuksen avulla, joka tehtiin yhdeksässä Euroopan maassa 36 sairaalassa. Standardit ilmaisevat ammatillisesti hyväksytyjä julkilausumia ja koskevat sellaisia terveydenhuoltorakenteita tai -prosesseja, joiden tulisi olla olemassa. Indikaattorit käsittelevät terveydenhuoltoprosesseja ja -tuloksia sekä toimivat määrällisenä työvälineenä, jolla arvioidaan muutoksia tuloksellisuudessa tietyn ajan kuluessa tai tiettyjen laitosten välillä eli mitä on tehty ja miten hyvin. Standardien avulla voidaan suunnitella ja toimeenpanna terveyden edistämistoimintaa sekä arvioida terveyden edistämisen toteutumista. Indikaattorit antavat tärkeää seurantatietoa toiminnan kehittämistä varten. (Groene, Jorgensen, Fugleholm, Møller & Carcia-Barbero 2005; Groene 2006.) Tämä standardeihin perustuva ja organisaatioyksikköihin kohdistuva

itsearviointimenetelmä on terveydenhuollossa pisimmälle kehitetty *väestön terveyden edistämiseksi* eli *health promotion capacity building* -sovellutus (Rimpelä ym. 2009, 44–45).

Tutkimukset korostavat johtamista terveyden edistämistoiminnan toteutumisessa (Guo ym. 2007; Polluste ym. 2007). Lähtökohtana pidetäänkin kirjattua, sairaalan johdon hyväksymää toimintasuunnitelmaa, mikä on standardeista ensimmäinen. Toisena standardina on potilaan tarvearviointi, kolmantena potilaan informointi ja interventiot. Terveellisen työympäristön edistäminen on neljäs standardi ja viides standardi sisältää jatkuvuus ja yhteistyö -näkökulman. (Standards for Health 2004.)

HPH-verkosto järjestää vuosittain konferenssin sekä julkistaa kaksi kertaa vuodessa tiedotteita. (Pelikan et al., 2001, 242) Verkoston Internet -sivuilla on tietoa verkoston toiminnasta, kansallisista verkostoista sekä jäsensairaaloiden projekteista. Vuonna 2009 jäsenmaita HPH-verkostossa oli 28 ja jäsensairaaloita yli 700. Kansallisten ja alueellisten verkostojen käynnistymiseen on liittynyt erilaisten teemojen kuten Savuton sairaala soveltaminen (Pelikan ym. 2001).

### **3.2. Suomen terveyttä edistävät sairaalat**

Suomalaisissa sairaaloissa suhtauduttiin tutkimuksen mukaan kymmenisen vuotta sitten kyllä myönteisesti terveyden edistämiseen, mutta etenkin potilaiden terveyden edistämistä ei silloin ollut kirjattu strategioihin tai toimintasuunnitelmiin. Henkilökunnan terveyden edistämistä kirjauksia sen sijaan oli. Määrärahojen niukkuus ja henkilökunnan vähäinen määrä ilmoitettiin terveyden edistämisen esteiksi, tosin yli puolet kyselytutkimukseen osallistuneista ei pitänyt näitä todellisina esteinä. Tutkija päätteli kuntien näkemykset palveluiden ostajina yhdeksi rajoittavaksi asiaksi sairaaloiden terveyden edistämistehtäville. (Wiili-Peltola 1999.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä oli ensimmäisenä Suomessa ”*Terveyttä edistävä sairaala*” -ohjelma vuosille 2001–2006. Työyksiköitä ohjattiin suunnittelemaan toimintaansa ottamalla mukaan jokin terveyttä edistävän sairaalan neljästä keskeisestä

alueesta (potilas, väestö, henkilökunta, hoitoympäristö). Ohjelman väliarvioinnissa kuvataan toiminnan onnistuneen etenemisen näkyneen monien vastuuyksiköiden toimintasuunnitelmissa terveyden edistämisen tavoitteina, keinoina ja mittareina. Ylin johto kuvasi esimiesten myönteiset asenteet oleellisena henkilöstön asenteille ja edelleen potilaiden hoidolle. Toiminnan arviointi esitettiin ohjelman väliarvioinnissa tulevaisuuden haasteeksi. Nähtiin myös, että terveyden edistämisen käsitteitä tulisi selkeyttää sekä konkretisoida sisältöä työyksiköiden suunnitelmissa. (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005.) Kehitys on edennyt ja nykyisessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2009–2013 kuvataan muun muassa arvioinnin olevan toiminnassa mukana HPH-verkoston laatustandardien avulla. Johtoryhmä seuraa standardeja mittaavia indikaattoreita, ja toimipisteet toteuttavat sen lisäksi itsearviointia. Lisäksi terveyden edistämisen ohjausryhmä arvioi vuosittain standardien toteutumista. (Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2009–2013.)

Suomen terveyttä edistävät sairaalat (STES) -verkosto on perustettu vuonna 2001, ja siinä on 19 jäsenyhteisöä toukokuussa 2010 (Suomen terveyttä edistävät). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri liittyi Suomen terveyttä edistävät sairaalat -verkostoon vuonna 2007. Monissa Suomen sairaaloissa valmistellaan terveyden edistämiseen liittyviä ohjelmia. Haasteena eri puolilla on HPH-standardien käyttöönotto. Tämä oli myös aiheena STES:n kesäkoulussa syyskuussa 2009. Terveyttä edistävien sairaaloiden verkoston tuottamassa käsikirjassa on lomakkeet itsearvioinnin toteuttamiseksi (Terveyden edistäminen sairaaloissa).

### **3.3. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hanke**

Terveyden edistäminen on otettu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuosien 2007–2012 strategiaan. Terveyspalvelujen suunnittelusta strategiaan on kirjattu: *”Terveyspalvelujen suunnittelussa korostetaan ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ja terveyttä edistävän toiminnan merkitystä.”* Lisäksi: *”Sairaanhoitopiirin tavoitteena on kaventaa väestön terveyseroja. Sairaanhoitopiiri määrittelee yhdessä perusterveydenhuollon kanssa sairauksien ennaltaehkäisyn, tutkimusten ja hoitojen painopistealueet.”* (Pirkanmaan

sairaanhoidopiirin strategia.) Näiden linjausten pohjalta vuosiksi 2007–2009 otettiin sairaanhoidopiirissä yhdeksi kärkihankkeeksi Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Hanke toteutettiin yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Vuonna 2009 terveyden edistämistoiminta siirtyi yleislääketieteen vastuualueen koordinoimaksi. (Toiminta- ja taloussuunnitelma)

Toiminnan kehittämisen kohteina hankkeessa olivat alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin vähentäminen, lapsiperheiden tukeminen, masentuneisuuden ehkäisy ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Kaikille näille aihealueille valittiin vastuuhenkilö ja työryhmä, jossa oli edustaja jokaiselta sairaanhoidopiirin toimialueelta. Näin hankeorganisaatiossa oli varmistettu poikkihallinnollinen työskentely. Hankkeessa oli myös perusterveydenhuollon edustajia, sillä Mäntän terveydenhuoltoalue kuuluu hallinnollisesti sairaanhoidopiiriin. Työyksiköissä on lisäksi valittu terveyden edistämisen yhdyshenkilöt. (Toiminta- ja taloussuunnitelma.) Raportti hankkeesta julkaistaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisusarjassa kesällä 2010.

Hankkeen alkuvaiheessa tehdyssä tapaus selvityksessä kävi ilmi, että erikoissairaanhoidon johtavassa asemassa olevat viranhaltijat suhtautuivat myönteisesti terveyden edistämiseen sairaanhoidopiirin strategian osana, mutta käytäntöön vieminen kuitenkin askarrutti heitä. Terveyden edistämisen käsitteestä ei selvityksen perusteella näyttänyt olevan yhteistä tulkintaa. Sairaanhoidopiirin sisäiset hallinnolliset rajat nähtiin esteenä yhteisille terveyden edistämiskäytännöille. Ongelmaksi esitettiin myös terveyden edistämistoiminnan myyminen kunnille, sillä vakiintuneen käytännön mukaan terveyden edistäminen käsitetään perusterveydenhuollon alueeksi. Nähtiin, että palvelusopimusneuvottelussa tulisi osata perustella kunnille terveyden edistämisen taloudelliset hyödyt ja vaikuttavuus. (Rigoff ym. 2008.)

Terveyden edistämisestä oli erikoissairaanhoidon potilastyössä joitakin yhteisiä, kirjallisia toimintakäytäntöjä, mutta esimerkiksi diabeteksen ehkäisystä tällaista ei ollut sovittu. Diabeteksen ehkäisy koettiin osin ristiriitaiseksi perustehtävän, sairaanhoidon kanssa, mutta sen tärkeys kuitenkin tiedostettiin, ja yksittäiset työntekijät toteuttivat sitä omassa työssään esimerkiksi diabetesriskitestiä tekemällä. Työn paljouden vuoksi ei

nähty mahdolliseksi lisätä tehtäviä. Terveyden edistämiseen suhtautumisen kerrottiin olleen torjuvaa, sitä vierastettiin omana tehtävänä ja sen onnistumista epäiltiin. (Hakamäki ym. 2008; Kotisaari ym. 2008.)

## **4. OHJAAVATKO STRATEGIAT TOIMINTAA?**

### **4.1. Strateginen suunnittelu**

Kokonaisuuksien hahmottaminen, tulevaisuuden ennakointi ja käytössä olevien resurssien hyödyntäminen mahdollisimman tuloksellisesti ovat strategisen suunnittelun tarkoituksena. Toiminnan arvioinnin avulla suunnitellaan toimintaa uudelleen ja korjataan strategiaa. (Tuomiranta ym. 2007.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelman mukaan kunnan keskushallinnon tulisi hyväksyä terveyden edistämisen strategia kunnalle (Rimpelä ym. 2009). Ohjelmat, suositukset ja kehittämishankkeet ovat lainsäädännön ohella lähtökohtana kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevalle strategiatyölle (Tuomiranta ym. 2007). Merkittäväksi ongelmaksi esitetään, ohjaavatko kunnat ja miten hyvin ne osaavat strategioita ohjata (Tuomiranta ym. 2007). Säädökset on tehty yleisellä tasolla ja edellyttävät ohjelmiin perehtymistä ja niiden paikallista soveltamista (Rimpelä ym.2009).

### **4.2. Strategiat ja käytäntö**

Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä (Tuomiranta ym. 2007). Strategialla vastataan strategiateorian mukaan kysymykseen, mihin organisaatio on menossa (Harisalo, Karma & Wägar 2006). Lindforsin ym.(2010) haastattelututkimuksen mukaan kuntajohdossa ei kuitenkaan osata terveyden edistämisestä tuota suuntaa strategiaan kirjata. Terveyden edistäminen ei näyttäyty kunnissa selkeänä periaatteena ohjaamassa päätösten tekemistä ja suunnitelmia. Terveyden edistäminen on kirjattu kyllä strategioihin ja kunnan tehtäväksi esitetään

edellytysten luominen terveyden edistämiseksi, mutta kunnan tehtäviä terveyden edistämiseksi ei osata luonnehtia yksityiskohtaisemmin ja konkreettinen toteutus jää epäselväksi. (Lindfors ym. 2010.) Myös Linnanmäki, Palosuo ja Koskinen (2008, 97) kuvaavat kehittämisen ja terveystoimien ohjelmien toteutumisen ongelmina sen, että tavoitteiden ja toimeenpanon välillä on usein syvä kuilu, ja konkreettiset keinot tavoitteiden saavuttamiseksi puuttuvat.

Vastaavia tuloksia tuli esiin Rimpelän ym. (2009) kyselytutkimuksessa väestön terveyden edistämiseksi terveyskeskuksissa. Toimeenpano-ohjelmien ja yhteisten käytäntöjen vahvistaminen on useimmissa terveyskeskuksissa sattumanvaraista ja riippuu yksittäisten ammattihenkilöiden aktiivisuudesta. Tämäkin viittaa siihen, että terveyskeskusten johdossa ei ole otettu vastuuta ohjelmista ja toimintakäytännöistä tai sitten siihen ettei tiedetä, mitä ohjelmat käytännön työssä tarkoittavat. Tutkimuksen toinen merkittävä tulos vahvistaa strategian ja käytännön ristiriitaa. Terveyskeskuksen johdon sitoutuminen väestön terveyden edistämiseen, sen johtaminen ja yhteisten käytäntöjen vahvistaminen eivät nimittäin takaa sitä, että varmistetaan myös riittävät voimavarat käytännön toiminnalle. Ilman riittäviä voimavaroja asia jää paperille eikä siirry käytäntöön. (Rimpelä ym. 2009.)

Käsitteen tulkinnan vaikeus strategiaa käytäntöön sovellettaessa tulee esiin myös strategiakielen tuntemisessa. Strategiatyöhön liittyvää kieltä pidetään vieraana eivätkä terveydenhuollon esimiehet ja toimijat tunnista sen termejä ja niiden merkitystä. (Wiili-Peltola 2005.) Strategian ja hallinnon kielen vieraus oli yksi tulos myös Kunnallisten palvelujen tuloksellisuusarvioinnin tutkimusohjelman (KARTUKE) kyselyssä. Etelä-Pohjanmaalla tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkäreiden, esimiesten sekä ammattilaisten strategiätuntemusta, kokemuksia kehittämisestä, vaikuttamismahdollisuuksista sekä luottamuksesta ja yhteistoiminnasta eri tahojen kesken. (Tuomiranta ym. 2007.)

Strategioita pidettiin periaatteessa tärkeänä asiana, mutta korkeintaan puolet lääkäreistä ja muista ammattilaisista ilmoitti tuntevansa työyksikön, toimialan tai kuntayhtymän strategian. Työntekijöiden strateginen ajattelu ja toiminnan arviointi on vähäistä.

Työntekijät ovat kiinnostuneita kehittämisestä, mutta eivät koe kuitenkaan voivansa aidosti vaikuttaa yksikkönsä lopullisiin suunnitelmiin. (Tuomiranta ym. 2007.)

Käytännön merkitystä strategioilla tuntuu olevan vähän. Kuntayhtymän strategian ilmoitti tuntevansa vain neljännes erikoissairaanhoidon lääkäreistä ja he katsovatkin sen ohjaavan työtä hyvin vähän. Terveyskeskuslääkäreillä luku oli suurempi, sillä heistä noin puolet ilmoitti tuntevansa kuntayhtymän strategian ja lähes puolet piti sitä työtään ohjaavana. Alle puolet lääkäreistä piti työyksikön strategiaa omaa työtä ohjaavana. Luottamusta johdon ja työntekijöiden välillä ilmoitettiin olevan, mutta erikoissairaanhoidon lääkärit kokevat voimakasta epäluottamusta poliittisiin päättäjiin. Tämä viitanee siihen, että lääkärit tuntevat ennakkoluuloja strategioita kohtaan ja suhtautuvat niihin kielteisesti. (Tuomiranta ym. 2007.)

Sairaaloiden lähiesimiehille tehdyn haastattelututkimuksen mukaan strategiaan asioihin ei koeta mahdolliseksi vaikuttaa. Esimiehinä toimivat osastonlääkärit esittivät strategiat yksipuolisina ohjaus- ja kontrollikeinona ja näkevät ne ristiriitaisena perinteiselle toimintatavalle ja pyrkimykselle potilaan parhaaseen. Osastonhoitajien ryhmässä strategiaa pyrittiin ymmärtämään ja etsimään oman yksikön kannalta keskeisiä asioita. (Wiili-Peltola 2005.)

Mahtaako strateginen suunnittelu olla edistynyt, sillä vuotta myöhemmin tehdyn kyselytutkimusaineiston perusteella yli puolet erikoissairaanhoidon lähiesimiehistä ja lähes puolet keskijohdosta eivät tunne tarvettakaan vaikuttaa organisaation strategiaan linjauksiin. Tutkijat selittävät tätä sillä, että lähiesimiehet ja keskijohto saattavat uskoa linjausten palvelevan terveystoimittisia päämääriä. Kolme neljäsosaa keskijohdosta ja lähiesimiehistä näkee kuitenkin tarvetta aktiivisemmalle osallistumiselle lyhyen ja pitkän tähtäimen suunnitelmien laadinnassa. Tämä viitanee siihen, että he haluavat olla vaikuttamassa strategioiden toimeenpanoon ja niiden käytännön sovellutuksiin omissa yksiköissään. (Viitanen ym. 2007.)



### **4.3. Esteitä strategioiden onnistumiselle kunnassa**

Vaikeus strategian siirtämisessä käytäntöön johtuu Lindforsin ym. (2010) mukaan siitä, että kuntien johdossa ei ole yhdenmukaista käsitystä terveyden edistämisestä kuntien tehtävänä. Kun yhteistä näkemystä ja tulkintaa terveyden edistämisestä ei ole eikä sitä tietoisesti haeta, on kuntien asiakirjoissa linjattuja asioita vaikea siirtää käytäntöön eri hallinnonalojen yhteistyössä. Kokonaisuuksien hahmottamista vaikeuttaa lisäksi, että hallinnonalojen välinen yhteistyö ei toimi ja aito yhteistyö eri asiantuntijoiden välillä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi puuttuu. Vanhat organisaatorakenteet, ammattiryhmien tehtäviin ja valtaan liittyvät asenteet sekä toimintakulttuurit ovat esteenä tavoitteiden muuttumiselle käytännön toiminnaksi. Johtavilta viranhaltijoilta puuttuu tietoa vaikuttavista toimintakäytännöistä eivätkä he osaa kytkeä terveyden edistämistä omaan arkiseen toimintaansa. (Lindfors ym.2010.)

Ongelmana voi myös olla, että näyttöön perustuvaa tietoa vaikuttavista keinoista ei ole. Esimerkiksi terveyseroja kaventavista keinoista on vain niukasti näyttöön perustuvaa tietoa ja tiedetään, ettei kapea-alaisilla interventioilla ja yhden sektorin toimilla terveyseroihin juuri vaikuteta. Tällöin tavoitteiden asettamatta jättäminen voi johtua siitä, ettei tunnisteta arvoja toiminnan lähtökohdaksi. (Linnanmäki ym. 2008.)

Terveyden edistämisen monille erilaisille ohjelmille (yleisohjelmat, ongelmasuuntautuneet ohjelmat ja tautisuuntautuneet ohjelmat) ei ole valtakunnallista vastuutahoa ja ohjelmat vaihtelevat valtioneuvoston periaatepäätöksistä kansanterveysjärjestöjen valmistelemiin ohjelmiin. Myös tämä vaikeuttaa kokonaiskuvan hahmottamista, sillä kuntien haasteeksi jää ohjelmien yhteensovittaminen ja paikallisten sovellusten muodostaminen. (Rimpelä ym. 2009.)

### **4.4. Esteitä strategioiden onnistumiselle sairaaloissa**

Tuomiranta ym. (2007) selittävät yliopistosairaaloiden strategioita koskevien tutkimusten perusteella strategisen ajattelun ja toteutuksen olevan vasta alussa. Tottumattomuutta lienee siis sekä strategian laatijoilla että niiden toteuttajilla.

Muutokseen liittyvän normaalin vastarinnan lisäksi sairaaloiden muutosten hitautta selitetään myös sairaaloiden organisaatiomallilla. Tuoreessa väitöskirjassaan Juha V. Virtanen (2010, 210–212) perustelee sairaaloiden hidasta muutosnopeutta ammattilais- eli professionaalisen byrokratian organisaatiomallilla. Managerialistiset<sup>3</sup> uudistukset näkyvät sairaaloiden virallisissa organisaatiomäärityksissä ja johtajien puheessa, mutta toimintaa ohjataan perinteiseen tapaan byrokraattisella kontrollilla ja professionaalilla johtamisella.

Sairaalaorganisaatio jakautuu lukuisiin erikoisaloja käsittäviin kokonaisuuksiin, jotka korostavat spesialistien asemaa. Ammattilaiset ovat tällaisessa organisaatiossa keskeisessä asemassa ja todelliseen muutokseen tarvitaan nimenomaan ammattilaisten hyväksyntä, jota ilman muutokset toiminnassa jäävät näennäiseksi. Jotta ammattilaiset hyväksyvät suunnitellun muutoksen, sen tulee olla heidän sisäistämänsä arvopohjan mukainen. (Virtanen 2010.) Myös Wiili-Peltola (2005) väittää professionaalisen autonomian sekä etiikan ja arvojen määrittävän muutoksen mahdollisuuksia sairaaloissa. Kansalaisten oikeudet ovat huomion kohteena ja potilaan paras ohjaa ydinarvona toimintaa (Virtanen 2010). Strategiat nähdään ristiriitaisina ammattilaisten autonomialle ja potilaan parhaalle. Toiminnan ohjaus ja hoidon määrittely uhkaavat asiantuntijoiden arvovaltaa (Wiili-Peltola 2005).

Muutoksen mahdollisuuteen sairaalassa vaikuttaa ja sitä vaikeuttaa myös konsensushakuisuus ja Virtasen (2010) mukaan jopa konsensusvaatimus. Yhteisten ongelmien käsittely on vaikeaa. Valtaa käytetään esimerkiksi valmistelutyön kautta ja siten näkymättömästi. Käsiteltäväksi valitaan asioita, joista ei odoteta tulevan erimielisyttä. Lisäksi lääkäreiden ja hoitajien asiat ovat eriytyneet omiin linjaorganisaatioihinsa eivätkä johtajat yleensä puutu toisen ammattikunnan johtamiseen. Johtajien toimintakentässä sairaaloissa on osin myös epämääräisiä, epäselviä ja epäjohdonmukaisia valta- ja vastuusuhteita, joita johtajat tunnistavat vain osittain. Näiden asioiden voi ymmärtää

---

<sup>3</sup> ”Managerialismi viittaa yksityiseltä sektorilta otettujen johtamisoppien ja käytäntöjen soveltamiseen julkisella sektorilla. Johtamisparadigman muutoksena managerialismin tavoite on byrokraattisen ja professionaalisen vallan murtaminen ja resurssikeskeisen johtamisen muuttaminen tuloskeskeiseksi.” (Virtanen 2010, 211)

haittaavan päätöksentekoa, avointa keskustelua ja kommunikointia ja siten myös toimintaa ja kehittämistä. (Virtanen 2010.)

#### 4.5. Kehittämisenäkökohtia

Strategisen suunnittelun onnistumiseksi tutkimuksissa esitetään ammattilaisten ottamista mukaan suunnitteluun. Ammatillaiset eivät ole tunteneet saaneensa ääntänsä kuuluviin kehittämistyössä (Tuomiranta ym. 2007) ja sairaaloissa strategioiden koetaan uhkaavan ammattilaisten asiantuntijuutta ja edustavan yksipuolista kontrollia (Wiili-Peltola 2005; Virtanen 2010). Ammattilaisten johtamisessa tulisikin luopua byrokraattisesta ohjeistuksesta ja sen sijaan luoda edellytyksiä ammattilaisten toiminnalle. Henkilökohtainen vuorovaikutus on tärkeää. (Virtanen 2010.) Vastaavasti Tuomiranta ym. (2007) esittää vaihtoehdoksi keskusjohtoiselle strategiselle suunnittelulle niin sanottua pehmeää strategiaa, jossa suunnittelu perustuu keskusteluun henkilökunnan kanssa. Kehityskelpoiset ideat ja strategiat voidaan löytää ottamalla ruohonjuuritaso mukaan keskusteluun.

Pehmeän strategian mallissa poliittiset päättäjät ja ylin johto keskustelevat yksiköiden kanssa tulevista strategisista tarpeista. Kaikkien työntekijöiden osallistuminen suunnitelmien ja arvioinnin tekemiseen olisi tärkeää. Strategista ajattelua eli kykyä hahmottaa erikoisalan kokonaisuuksia ja ennakoida asioita useammasta näkökulmasta tarvitaan siis työntekijätasollakin. Esimiesten tulisi koota hyvät ideat kehittämistyötä varten. (Tuomiranta ym. 2007.)

Perusajatus pehmeässä strategiassa muistuttaa tuloksellisuuden arviointia, jossa arvioidaan taloudellista näkökulmaa ja palveluiden vaikuttavuutta asiakas-, prosessi- ja henkilöstönäkökulmasta. Tuloksellisuuden teknisen arvioinnin sijasta pehmeässä arvioinnissa painotetaan vuoropuhelua ja keskusteluyhteyttä, minkä onnistuminen edellyttää luottamusta operatiivisen ja poliittisen tahon välille. Pehmeästä strategiasta Tuomiranta ym. (2007) kertoo esimerkkinä HUS:n lastenkirurgian uudelleenjärjestelyn. Päiväaikaisen leikkaustoiminnan käyttöastetta parannettiin, minkä ansiosta yöaikaisen

toiminnan kustannukset vähenivät ja henkilöstön uupumus väheni. Onnistuneen kehittämistoiminnan perusteena tässä pidetään sitä, että aloite tuli työntekijätasolta.

Lääkärit ovat keskeisessä asemassa terveydenhuollon työyhteisöissä ja siksi he tarvitsisivat aikaa sekä myös koulutusta suunnittelu- ja kehittämistyöhön. (Tuomiranta ym. 2007.) Ammattilaisia kaiken kaikkiaan tulisi kouluttaa ymmärtämään johtamista johdonmukaisena toimintana kohti organisaation yhteisiä tavoitteita. Ammattilaisilla on siinä oma vastuunsa, sillä heidän osaamisensa on sairaalaorganisaation perusta. (Virtanen 2010.)

Potilaan paras on sairaaloiden toiminnan ja johtamisenkin arvioinnin perusta. Kun toivottuja muutoksia tavoitellaan, tulee ammatilliseen identiteettiin ja kulttuuriin liittyvät näkökohdat ottaa huomioon. Virtanen painottaa erikoissairaaloiden johtamisessa yhteisen suunnan näyttämistä ja toimijoiden välisen vuorovaikutuksen kehittämistä. (Virtanen 2010.) Erilaisten terveydenhuollon strategioiden toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon henkilökunnan tuntemus ja tietämys omasta erikoissalastaan, jotta kehittäminen näkyisi käytännön työssä. (Tuomiranta ym.2007). Ajatus siis on, että johto näyttää suunnan ja kuuntelee sekä kuulee toimijoiden yhteistyönä valmistelemat esitykset siitä, mitä strategia kullakin erikoissalalla toimijoiden mielestä tarkoittaa.

## **5. TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimustehtävänä on selvittää ja kuvata, mitä terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa tarkoittaa yhtäältä erikoissairaanhoidon ja toisaalta perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta: Mikä on heidän käsityksensä terveyden edistämisen roolista ja tavoitteista sekä toimeenpanosta ja toteuttamisen esteistä. Tämä tutkimus on osa PSHP:n terveyden edistämishankkeeseen liittyvää tutkimus- ja selvitystyötä. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveyden edistämiskäytäntöjen toteutumisen edistämiseksi erikoissairaanhoidossa.

Tarkoituksena on vastata erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden haastattelujen avulla seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten terveyden edistämistä kuvataan?
2. Miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä kuvataan?
3. Mitkä ovat erikoissairaanhoidon keskeiset tehtävät terveyden edistämisessä?
4. Mitä terveyden edistämisen toimintakäytäntöjen toteutuminen erikoissairaanhoidossa edellyttää ja mitä esteitä niille on?
5. Miten terveyden edistämistä johdetaan erikoissairaanhoidossa?

## **6. AINEISTONKERUU**

### **6.1. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä**

Haastattelu on käyttökelpoinen menetelmä, kun tutkitaan tuntematonta, vähän selvitettyä aihetta ja kun halutaan saada tutkittavien asialle antamia merkityksiä esiin. Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä on vuorovaikutteinen tilanne, jossa edetään etukäteen suunnitellun rungon ja sen mukaisten teema-alueiden mukaan. Kysymykset eivät ole tarkkaan muotoiltuja, ja niiden järjestys voi vaihdella. Haastattelu etenee joustavasti tilanteen mukaan niin, että haastateltavat voivat kertoa käsityksiään tutkittavasta ilmiöstä. Sekä haastateltava että haastattelija voivat tarvittaessa selventää ja syventää käsiteltävää asiaa. Haastateltava voi tuoda esiin asioita laajemmin kuin tutkija pystyy ennakoimaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 200; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Tämän tutkielman teemojen valinnassa on käytetty apuna WHO:n Health Promoting Hospitals -verkoston standardeja, jotka on kehitetty terveyden edistämisen toimintakäytäntöjen toimeenpanon ja arvioinnin tueksi. Standardien avulla valituilla

teemoilla olisi siten mahdollista saada tietoa toimeenpanoon liittyvistä edellytyksistä ja esteistä. Lähtökohtana standardeissa on, että terveyden edistämistä johdetaan ja että se on kirjattu toimintasuunnitelmaan. Potilaan tarpeiden arviosta, ohjauksesta ja jatkosuunnitelmasta on omat standardinsa. Selvitän tutkielmassa terveyden edistämistä potilas- ja väestönäkökulmasta ja siksi jätin HPH-standardien henkilökuntaa ja terveellistä organisaatiota koskevan osuuden tämän tutkielman ulkopuolelle. Haastateltavan omaa työtä koskevassa kysymyksessä viittasin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuosien 2008–2009 kärkihankkeen *Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa* osa-alueisiin: tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, alkoholin käytön, masentuneisuuden ja tupakoinnin vähentäminen sekä lapsiperheiden tukeminen. Perusterveydenhuollon haastatteluissa teemat koskivat pääpiirteissään terveyden edistämistä haastateltavan työssä, yhteisiä terveyden edistämiskäytäntöjä ja niiden johtamista, tiedonkulkua ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä yliopistosairaalan roolia terveyden edistämisessä. Erikoissairaanhoidossa oli edellisten lisäksi teemana strategian johtaminen käytännön toiminnaksi. Yksityiskohtaisemmat teemarungot ovat liitteissä 3 ja 4.

## **6.2. Tutkielman kohderyhmän valinta**

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat johtavat viranhaltijat, sillä heidän asemansa on ratkaiseva toiminnan toteutumisessa. Myös HPH-standardeissa korostetaan johtamista terveyden edistämistoiminnan onnistumisessa. Uuden toiminnan siirtymiseen käytännön toimintaan tarvitaan johdon hyväksymistä ja toiminnalle järjestettyjä käytännön mahdollisuuksia. Terveyden edistäminen on uusi asia PSHP:n strategiassa, ja siksi on oleellista selvittää johtavien viranhaltijoiden käsityksiä.

Vakiintuneen käytännön mukaan terveyden edistäminen on perusterveydenhuollon asia, ja siksi on tärkeää ymmärtää myös perusterveydenhuollon käsityksiä ja näkemyksiä erikoissairaanhoidossa tehtävästä terveyden edistämisestä. Lisäksi potilaslähtöisen ja tehokkaan toiminnan lähtökohtana on yhteinen näkemys terveyden edistämisestä ja sen vastuutahoista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken.

### **6.3. Tutkielman kaksi aineistoa**

#### **6.3.1. Perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden teemahaastattelut**

Stakesin (nykyinen THL) Tampereen toimipisteessä tehtiin keväällä 2008 selvitys perusterveydenhuollon johdon terveyden edistämistä koskevista näkemyksistä kunnissa ja erikoissairaanhoidossa. Olin mukana Stakesin toimeksiantona yhdessä tutkija Pia Hakamäen kanssa tekemässä selvitykseen kuuluvia teemahaastatteluja ja sain tekemämme haastattelut sitten käyttööni omaa opinnäytetyötäni varten. Haastatteluja oli yhteensä 14, joista kuutta käytän tässä tutkielmassa. Valinnan perusteena olivat haastateltavan asema organisaatiossa niin, että mukaan tuli perusterveydenhuollon ylimpään johtoon kuuluvia viranhaltijoita sekä haastattelujen lukumäärä niin, että tutkielmassa käyttämissäni kahdessa aineistossa on yhtä paljon haastatteluja.

Neljä haastateltavista on terveystieteiden johdossa olevaa, lääketieteellisen koulutuksen omaavaa henkilöä, yksi haastateltavista on esimiesasemassa oleva lääketieteen ja yksi esimiesasemassa oleva hoitotyön edustaja. Haastattelut teimme erikokoisissa terveystieteiden Pirkanmaalla. Haastateltavista kolme oli pitkään ja kaksi lyhyen aikaa toiminut perusterveydenhuollon johdossa. Yhdessä perusterveydenhuollon haastattelussa ei tullut esiin, miten pitkään henkilö oli johtavassa asemassa toiminut.

Pia Hakamäki sopi haastattelujen ajankohdat haastateltavien kanssa. Haastattelut tehtiin haastateltavien työhuoneissa. Haastattelut kestivät noin tunnin, ja ne nauhoitettiin. Litteroin haastattelut sanatarkasti 22.4. – 11.5.2009 välisenä aikana. Haastatteluista olen käyttänyt tutkielmassani osuutta, joka koski ajatuksia terveyden edistämisestä ja erikoissairaanhoidon osuutta terveyden edistämisessä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Perusterveydenhuollon omia terveyden edistämistoimintakäytäntöjä sisältävää osuutta olen käyttänyt tutkielmassa silloin, kun se on liittynyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön. (ks. liite 3)

Teema-alueiden johtamista koskevassa osiossa haastateltavat kertoivat omasta organisaatiostaan ja terveyden edistämistyön johtamisesta siinä. Perusterveydenhuollon haastatteluista johtamiseen liittyvät asiat jäivät tutkielman rajauksen mukaan työn ulkopuolelle.

Haastattelun palautteessa perusterveydenhuollon haastateltavat kuvasivat haastattelujen aiheen tutuksi ja tärkeäksi. He puhuivat siitä mielellään.

### **6.3.2. Erikoissairaanhoidon johtavien viranhaltijoiden teemahaastattelut**

Toisen aineiston muodostavat helmikuussa 2009 tehdyt kuusi yliopistosairaalan johtavan viranhaltijan haastattelua. Yksi näistä erikoissairaanhoidon haastateltavista on toimialuejohtaja, kaksi vastuualueen johdossa olevaa lääketieteen johtavaa viranhaltijaa ja kolme hoitotyön johtavaa viranhaltijaa. Erikoissairaanhoidon haastateltavista yksi kuvasi olleensa nykyisessä asemassaan lyhyehkön ajan. Muut erikoissairaanhoidon haastateltavat olivat olleet asemassaan pidempään.

Otin yhteyttä sähköpostitse Tays:n toimialuejohtajaan, jolta sain luvan haastatteluihin. Hän lähetti haastateltaville tiedon sähköpostitse ja kertoi siinä, että tulen ottamaan yhteyttä. Sovin haastatteluajat haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti puhelimitse. Tein haastattelut 13.2.–2.3.09 välisenä aikana haastateltavien työhuoneissa. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja myönteisiä, yhdessä haastattelussa puhelimen soitto, yhdessä sanelukoneen pysähtyminen keskeytti haastattelun. Haastatteluajan pituus vaihteli 29–42 minuutin välillä. Nauhoitin haastattelut ja litteroin ne sanatarkasti 30.3–5.4.09 välisenä aikana.

Haastattelukysymykset noudattivat perusterveydenhuollon haastattelujen teemoja: ajatuksia terveyden edistämisestä ja erikoissairaanhoidon roolia terveyden edistämisessä terveydenhuollon kokonaisuuden osana. (ks. liite 4) Koska kiinnostuksen kohteenani oli terveyden edistämisstrategian siirtyminen käytännön toimintaan, kysyin erikoissairaanhoidon haastateltavilta myös terveyden edistämisen johtamisen nykytilanteesta ja kehittämisen tarpeesta. Perusterveydenhuollon haastatteluissa ei



käsitelty erikoissairaanhoidossa tehtävää terveyden edistämistyön johtamista. Tässä tutkielmassa ovat siten mukana erikoissairaanhoidon haastateltavien kuvaukset oman organisaationsa terveyden edistämistyön johtamisesta.

Erikoissairaanhoidon haastateltavat kuvasivat palautteessaan terveyden edistämisestä keskustelun mielenkiintoiseksi. Asiaa oli hyvä pysähtyä miettimään. Sitä pidettiin myös vaikeana aiheena ja yhden haastateltavan mielestä opinnäytetyön aiheeksi turhana.

#### **6.4. Haastattelujen ja tutkijanposition arviointia**

Oletukseni oli haastattelujen alussa, että perusterveydenhuollon haastateltavat mieltäisivät terveyden edistämisen omaksi vastuualueekseen ja erikoissairaanhoidon osuuden siinä vieraaksi. Perusterveydenhuollon haastattelukierroksella kiinnitin huomiota reviirijatteluun perusterveydenhuollon työkokemukseni pohjalta. Oman reviirijatteluni olin tunnistanut jo diabeteksen ehkäisyä koskeneen tapaus selvityksen (Kotisaari ym. 2008) aikana, jolloin oma näkemykseni diabeteksen ehkäisyyn vastuutahoista muuttui. Terveystenhoitajana pidin diabeteksen ehkäisyä perusterveydenhuollon tehtävänä ja tapaus selvityksen aikana ymmärsin tämän järjestelmälähtöisen näkemykseni. Aloin tarkastella terveyden edistämistä terveydenhuollon palveluissa potilaan ja asiakkaan eli ihmisen näkökulmasta. Kategorinen jako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuualueisiin alkoi tuntua keinotekoiselta. Pääaineeni kansanterveystieteen klassikkokurssin ansiosta väestönäkökulma nousi yksilönäkökulman rinnalle. Terveystenhoitajan työssä yksilönäkökulma oli ollut enemmän esillä.

Haastatteluissa näyttäytyi selkeä ero siinä, miten haastateltavat suhtautuivat haastatteluun. Perusterveydenhuollon haastattelut tehtiin Stakesin toimeksiannosta ja niissä haastateltavat tuntuivat suhtautuvan minuun nimenomaan Stakesin edustajana. Tämä saattoi vaikuttaa haastateltavien esiin nostamiin asioihin niin, että tuotiin esiin virallisesti tärkeinä pidettyjä asioita. Erikoissairaanhoidon haastattelut tein itsenäisenä opinnäytetyön tekijänä, ja niissä aistin selvästi rennomman tunnelman. Omaan asennoitumistani arvioin samanlaisiksi näissä eri haastatteluissa. Pyrin olemaan

tarkkaavainen saadakseni selville ja ymmärtääkseni tutkittavaa asiaa haastateltavan näkökulmasta. Heti haastattelujen jälkeen tein muistiinpanoja haastatteluihin liittyvistä havainnoista ja ajatuksista myöhempää työskentelyä ja pohdintaa varten. Muistiinpanoista oli hyötyä myös tuleviin haastatteluihin valmistautumisessa.

## **7. AINEISTON ANALYYSI**

### **7.1. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät**

Laadullisessa tutkimuksessa haetaan uusia näkökulmia tutkittavaan asiaan ja pyritään tavoittamaan tutkittavien näkemyksiä tutkittavasta asiasta. Tärkeää on, että tutkija ymmärtää aineiston merkityksen tutkimuksessaan ja sen, mitä siitä etsii. Aineistosta voidaan etsiä uutta teoriaa tai lähteä etsimään tietyn teorian pohjalta sen esiintymistä aineistossa. (Eskola 2007, 162; Kiviniemi 2007, 70.)

Tässä tutkielmassa tutkimusmenetelmänä on ollut aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Taustalla ovat kuitenkin olleet WHO:n terveyden edistämisen standardit sairaaloille sekä aiemmat tutkimustulokset strategioiden toimeenpanosta. Näin ollen tutkielmaa voi luonnehtia myös teoriasidonnaiseksi tutkimukseksi. Tällaisessa tutkimuksessa tutkija työskentelee aineistolähtöisesti tutkittavaa ilmiötä tarkastellen ja ottaa tulkintakehyksiksi erilaisia teorioita, käsitteitä tai malleja ja näin keskustele asiasta aiempien kirjoittajien kanssa. Tavoitteena on ollut löytää merkityksiä tutkittavalle ilmiölle. (Eskola 2007, 162.)

Aikaisempaa tietoa käytetään apuna analyysissä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98), mutta tutkijan oma ajattelu vaikuttaa tulosten löytymiseen. Raportissa tutkijan tulee siksi kuvata ajatusprosessinsa, omat näkökulmansa, esikäsityksensä, valintansa ja menetelmänsä lukijalle. Näin lukijan on mahdollista arvioida tutkielman luotettavuutta. Aineisto välittyy tutkijan tarkastelu- ja tulkintanäkökulmien kautta. (Eskola 2007, 160; Tuomi & Sarajärvi 2002, 102.)

Laadullinen analyysi etenee prosessinomaisesti. Tutkimuksen kuluessa tutkijan käsitys ilmiöstä vähitellen lisääntyy. Menetelmälliset ratkaisut täsmentyvät ja tutkimustehtävä tarkentuu prosessin kuluessa. (Kiviniemi 2007, 70.) Aluksi työskentelin ohjeena Eskolan (2007) teemahaastatteluaineiston sisällönanalyysimalli, jossa aineiston tiivistämis-, järjestämis- ja jäsentämismallina ovat tyypillisesti tematisointi ja tyypittely. Valitsin aineiston järjestämisen teemoittain. Siinä aineiston järjestämisellä haetaan tutkimusongelmaa valaisevia teemoja ja nostetaan niistä mielenkiintoisia sitaatteja tulkittavaksi. On tärkeää, että tällaisella työskentelyllä aineiston informaatioarvo kasvaa eikä mitään olennaista jää pois. Tutkija valitsee kuvaako hän aineistonsa tasapuolisesti vai nostaako esiin mielenkiintoisimpia kohtia. Valittua teemaa lähdetään kuvamaan antoisimmaksi arvioidusta vastauksesta ja täydennetään sitä seuraavaksi antoisimmalla ja näin jatketaan koko aineisto läpi analyyttisen induktion ideaa soveltaen. (Eskola 2007, 162–163.)

Eskolan mallissa kiinnostuin siinä ohjatusta tavasta kirjoittaa raportti, jossa on teemojen mukaiset pääluvut. Aiemmat tutkimukset, teoria, omat tulokset ja pohdinta ovat mukana teeman mukaisesti jokaisessa pääluvussa. (Eskola 2007, 174.) Päädyin kuitenkin prosessin kuluessa perinteiseen raportointitapaan.

Vastausten hahmottamisessa ja tiivistämisessä tukeuduin lisäksi Tuomen ja Sarajärven (2009, 110–111) laadullisen sisällönanalyysin ohjeisiin. Aineisto hajoitetaan ensin osiin, jotka käsitteellistetään ja kootaan sitten uudelleen. Tällaisen systemaattisen menettelytavan avulla on mahdollista saada näkyviin ja oivaltaa aineiston sisältämä informaatio. Aineiston luokittelu ja kategorioiden tekeminen ovat orientoitumistapa tulkinnan systematisoimiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 102).

## **7.2. Analyysiprosessi**

Aineisto tuli tutuksi jo litteroinnin aikana. Valmista tekstiä oli erikoissairaanhoidon haastatteluista 55 sivua ja perusterveydenhuollon haastatteluista 97 sivua eli yhteensä 152 sivua. Litteroinnin jälkeen kuuntelin nauhat vielä kerran ja samalla tarkistin tekstin. Valmiit tekstit luin läpi useita kertoja. Huomioni kohdistui tässä analyysin

alkuvaiheessa silloisten tutkimuskysymysteni mukaan tekstin sisältämään potilaslähtöisyyteen. Arvioin nyt myöhemmin tämän johtuneen oman potilaslähtöisyyttä koskevan näkemykseni muutoksesta. Itselleni oli muotoutunut tavoite potilaslähtöisestä palvelujärjestelmästä, johon vertasin aineistoa. Tutkimuskysymykseni perustuivat siten omille terveyden edistämistä koskeville merkityksilleni, mikä häiritsi tutkimusasetelman mukaista tarkastelua. Potilaslähtöisyys ei ollut haastattelujen teema-alueena enkä ollut tutkimassa aiheittani teorialähtöisesti. Tämän alkuvaiheen työskentelytapani hahmotin itse selkeästi analyysin lopulla.

Analyyttisen tarkastelun jälkeen palasin uusin silmin aineiston pariin. Tutkimustehtävän mukaisesti tarkastelin, miten haastateltavat kuvasivat terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa ja millaisia näkökulmia he toivat esille. Esitin aineistolle kysymyksiä: mistä tässä puhutaan, mikä tässä on kiinnostavaa, uutta, merkittävää ja oleellista. Tarkastelin, mitä samaa ja mitä erilaista haastateltavat kuvaavat. Aloin järjestää aineistoa teemoittain seuraavasti: *terveyden edistäminen yleensä, kenelle terveyden edistäminen kuuluu, terveyden edistämisen toimintakäytännöt, vaikuttavuus, resurssit ja voimavarat sekä johtaminen.*

Merkitsin tekstiin korostustussilla näitä asioita koskevat kohdat ja ryhmittelin ne sitten teema-alueiden mukaisesti. Aloin kirjoittaa tulkintoja näistä aineiston teemoista ja lisäsin sitaatteja niiden yhteyteen. Näin tekstiä oli kuitenkin vaikea saada tiivistymään ja sen sisältämää informaatiota oli vaikea hahmottaa. Hahmottamisen avuksi aloin pelkistää ja ryhmitellä aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

Palasin etsimään litteroiduista teksteistä uudelleen edellä mainittujen teemojen mukaisia alkuperäisilmauksia. Analyysiyksikkönä käytin yhdestä tai useammasta lauseesta muodostuneita ajatuskokonaisuuksia. Analyysiyksiköt ryhmittelin teemojen mukaan omiksi tiedostoikseen ja seuraavaksi kuvasin analyysiyksiköitä pelkistetyillä ilmauksilla. Seuraavassa on esimerkki analyysiyksiköstä ja siitä muodostetusta pelkistetystä ilmauksesta:

Analyysiyksikkö	Pelkistetty ilmaus
<p>”Odotan sitä mielenkiinnolla, minkälaisia konkreettisia toimia sairaanhoitopiirin puolella, erikoissairaanhoidon puolella tosissaan terveyden edistämässä aletaan tekemään. Strategiat on aina hienoja, mutta sen käytännön toteuttaminen ja kuinka se alkaa näkymään. En ainakaan halua olla heittämässä kapuloita rattaisiin, vaan odotan konkreettista tulosta.”</p>	<p>Perusterveydenhuollossa odotetaan strategian käytännön toteutusta</p>

Ryhmittelin samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset yhteneväisyyksien ja eroavaisuuksien perusteella omiksi kategorioikseen. Seuraavassa on esimerkki kahden alakategorian muodostamisesta:

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
<p>Yhdyshenkilöiden kautta yksikköihin Ammattilaiset tuovat uusia käytäntöjä toimintaan Ammattilaisten ammattitaidon kautta siirtyy konkretiaan</p>	<p>Työntekijät kehittävät toimintaa</p>
<p>Työ suunnitellaan, minimitaso määritellään, kohderyhmät valitaan, sovitetaan käytäntöihin, toteutetaan systemaattisesti, seurannasta huolehditaan</p>	<p>Johtamisen osa-alueet</p>

Alakategoriat ryhmittelin edelleen kategorioiksi. Teemat muodostivat näiden kategorioiden yläkategoriat. Näin teemojen mukaiset tiedostot tiivistyivät ja jäsenyivät ja aineiston sisältämä informaatio hahmottui. Seuraavassa on esimerkkinä kategorioiden muodostaminen johtamisteemasta:

<b>Alakategoria</b>	<b>Kategoria</b>	<b>Teema</b>
Kannanotto strategiassa Asian pitäminen esillä Johtavassa asemassa olevien asenteet	Terveystiedon edistämisen pitäminen tärkeänä	Johtaminen
Palvelusopimusneuvottelut	Yhteisen käsityksen etsiminen palvelujen ostajan kanssa	
Johtamisen osa-alueet Hankkeilla kehittäminen Työntekijät kehittävät toimintaa Toimivat perehdytyskeinot	Uuden käytännön toimeenpano	
Osaaminen Ajan ja osaavien henkilöiden varaaminen	Resurssien järjestäminen	

Seuraavaksi tutustuin aiheitani käsitteleviin, aikaisempiin selvityksiin ja tutkimuksiin, minkä jälkeen tutkittavana oleva asia ja siten myös tutkielman kysymyksenasettelu tarkentuivat. Terveystiedon edistämiskäytäntöjen toimeenpano rajautui aiempaa selvemmin tärkeäksi tutkimuskohteeksi. Tarkasteluni kohdistui siihen, mitkä asiat aineiston perusteella näyttävät olevan perusteena terveystiedon edistämiskäytännön toimeenpanossa tai toisaalta toimeenpanon toteuttamatta jättämisessä. Tämä edellytti jälleen palaamista aineiston analyysiin.

Johtavat viranhaltijat tuntuivat pohtivan yhtäältä perusteita terveyden edistämiselle erikoissairaanhoidon tehtävänä ja sitä, onko terveyden edistäminen hyväksyttävää suhteessa perustehtävään, sairauden hoitoon ja olisiko erikoissairaanhoidossa tehtävällä terveyden edistämisellä merkitystä ja vaikutusta. Toinen toimeenpanoon vaikuttava pohtimisen kohde tuntui olevan, onko terveyden edistäminen ylipäättään mahdollista erikoissairaanhoidossa.

Näihin oivalluksiin päädyin tehtyäni käsitekartan otsikolla: terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpano. Käsitekarttaa tein kolmen kysymyksen pohjalta: miksi terveyden edistäminen pitäisi ottaa erikoissairaanhoidon käytännöksi, onko se mahdollista ja miten terveyden edistäminen toimeenpannaan? Miksi-kysymys heräsi yrittäessäni asettua haastateltavien asemaan. Se vaati näistä kolmesta kysymyksestä eniten miettimistä. Se johdatti pohtimaan, miksi organisaatio on olemassa, mikä tarkoitus sillä on ja edelleen, että sopiiko terveyden edistäminen tähän organisaation tarkoitukseen. Pohdinnassa heräsi ajatus, että jos ja kun miksi-kysymykseen osataan vastata, niin terveyden edistäminen ymmärretään hyväksytyksi ja johdon tukemaksi eli legitiimiksi asiaksi organisaatiossa, ja terveyden edistäminen voidaan perustellusti ottaa toimintakäytännöksi realistisia toteutusmahdollisuuksia etsien. Tarkistin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiasta organisaation tarkoituksen. Strategiassa kuvatun toiminta-ajatuksen ensimmäisinä kohtina ovat:

*”Sairaanhoitopiiri vastaa korkealaatuisten erikoissairaanhoidon palvelujen ja terveystalvelujen tuottamisesta ihmisläheisesti, tuloksellisesti ja vaikuttavasti.”*

*”Potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja asiakkaat tilaamiinsa palveluihin.”*

*”Palvelut kattavat väestön hoidon tarpeet asiakkaiden kanssa yhteisesti sovitulla tavalla. Palvelut tuotetaan hyvin toimivissa prosesseissa ja hoitoketjuissa yhteistyössä perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden kanssa.”*

(Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2012)

Nämä näkökohdat tukivat analyysiani. Palvelujen vaikuttavuus, potilaiden ja asiakkaiden näkemykset sekä väestön tarpeisiin vastaaminen ovat erikoissairaanhoidon toiminnassa oleellisia asioita ja siten tärkeitä tarkastelun kohteita, kun selvitetään,

miten terveyden edistäminen voisi saavuttaa hyväksytyin aseman organisaatiossa. Aloin etsiä aineistosta, mitä näihin asioihin liittyviä esteitä haastateltavien mielestä tällä hetkellä on olemassa.

Kysymys, onko terveyden edistäminen mahdollista erikoissairaanhoidossa, johdatti tarkastelemaan edellytyksiä terveyden edistämiskäytännöille potilaiden näkökulmasta, henkilökunnan näkökulmasta sekä hoidon ja ohjauksen jatkuvuuden näkökulmasta. Kiinnitin huomiota kuvattuihin, jo olemassa oleviin terveyden edistämiskäytäntöihin. Tarkastelin myös, millainen malli terveyden edistämiskäytännöistä aineiston perusteella hahmottuu erikoissairaanhoidon tehtävänä. Ryhmittelin nyt aineiston osittain uudelleen seuraavasti:

#### Aikaisempi ryhmittely:

- Terveyden edistämisen toimintakäytännöt
- Vaikuttavuus
- Resurssit ja kustannukset



#### Uusi ryhmittely:

- Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon toimintakäytäntönä:
- Mitä terveyden edistämisen on tällä hetkellä
  - Mitä terveyden edistämisen toimintakäytännöt edellyttävät
  - Mitä esteitä terveyden edistämisen toimintakäytännöille on

Aiemmin kuvaamani käsitekartan kysymys, miten terveyden edistäminen toimeenpannaan, ei johtanut muutoksiin analyysissa. Tätä asiaa olin jo tarkastellut johtamisteemassa. Kirjallisuuteen (Lindfors ym. 2010) perehtyminen auttoi kuvaamaan haastateltavien tulkintoja ja näkemyksiä terveyden edistämisen ulottuvuuksista.

Valitsin analyysiin ratkaisun, jossa ryhmittelin ja tein kategorioita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon haastatteluaineistosta yhdessä. Halusin keskusteluttaa aineistoja näin keskenään. Poikkeuksena on johtamisteema, jonka aineisto muodostuukin vain erikoissairaanhoidon haastatteluista. Jotta lukijan olisi helpompi verrata perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkemyksiä, tein taulukon erikoissairaanhoidon keskeisiä tehtäviä koskevista näkemyksistä (s. 53).



Lisäksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon näkemykset terveyden edistämiskäytäntöjen edellytyksistä ja esteistä olen koonnut taulukoihin 2 ja 3 sivuilla 67 ja 68. Kappaleessa 8.4.2. *Mitä terveyden edistäminen edellyttää* tarkastellaan asiaa potilaan ja henkilökunnan näkökulmasta sekä palveluketjun kannalta eli mitkä ovat tarvittavat edellytykset asiakasrajapinnassa. Esteiksi tässä tarkastelussa (8.4.3. *Mitä esteitä terveyden edistämisen toimintakäytännöille on*) on ryhmitelty muut terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa ja/tai perusterveydenhuollossa tällä hetkellä hidastavat tai estävät tekijät. Taulukosta voi siten löytää esteeksi kuvattuja asioita, joita haastateltavat toivat samalla esiin, kun puhuivat terveyden edistämiskäytäntöjen edellytyksistä. Esimerkiksi haastattelussa sanottiin, että terveyden edistäminen tulisi mieltää yhteiseksi käytännöksi, jotta se toteutuisi. Tämä tarkoittaa edellytystä. Samassa yhteydessä haastateltava kertoi kyynisistä, kielteisistä asenteista terveyden edistämiseen, mikä on olemassa oleva este terveyden edistämisen toimintakäytännöille. Tiivistelmä terveyden edistämisen toimintakäytännöistä alkaa sivulta 67.

## 8. TULOKSET

### 8.1. Terveyden edistämisen ulottuvuudet

Kun haastatteluissa puhuttiin terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon tehtävänä, jäsentyi samalla, miten haastateltavat tulkitsevat koko terveyden edistämisen käsitteen. Laaja-alaisimmillaan terveyden edistäminen tarkoitti yhteiskuntapolitiikkaa kuten vero- ja työllisyyspolitiikkaa sekä yhdyskuntapolitiikkaa kuten kaavoitusjärjestelyjä. Nämä näkemykset edustivat terveyden edistämisen promotiivista näkökulmaa ja tulivat esiin sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon haastatteluissa.

*”Yhteiskunnan käytössä olevat mahdollisuudet eli veropolitiikka, tupakkaverot, alkoholiverot, tähän kaikki niin kun tiedetään, että kun viinan hinta laskee, niin tulee enemmän alkoholisairauksia. Tähän on ihan niin kun selkeä näillä*

*konsteilla tai sitten yhdyskuntasuunnittelulla. Sitten on vielä yks tää elintarvike ja tää puoli.” (H1esh) <sup>4</sup>*

*”Mä ajattelen, että terveyden edistäminen ei ole pelkkää niin kuin sairaanhoidon tai terveydenhoidon tehtävää. Terveyden edistäminen on mulle niinkun yhteiskuntapolitiikkaa ja sosiaalipolitiikkaa, että mä en pysty henkilökohtasesti... mulle se ei ole vain terveydenhoitoa tai sairaanhoitoa vaan se on sitä kaikkee ja tavallaan mä hoitasin työllisyyttä ja pyöräteitä ja niin edelleen.” (H2pth)*

*Kaikki tähtäis siihen, että yksittäisen ihmisen olis helppo tehdä semmosia terveellisiä valintoja. Kyllä se varmaan on niin kuin tiedostakin on kysymys.” (H3esh)*

Terveelliset valinnat tulisi näkemyksen mukaan tehdä yhteisten asioiden hoidolla mahdolliseksi. Laajemmassa tulkinnassa terveyden edistämisestä mahdollisuuksien luomisena tuotiin esiin myös terveyttä edistävät ympäristöt ja huomiota kiinnitetään mahdollisuuteen, että työpaikat ja koulut voivat olla terveyttä edistäviä. Esimerkiksi koulun roolia korostettiin liikuntatottumusten muovaamisessa. Vaikka sairaalaa ei mainittu, se määrittelyn perusteella on mukana terveyttä edistävänä työpaikkana.

*”Terveyden edistäminen siltä kannalta, että on mahdollisuus turvalliseen työympäristöön ja turvalliseen kouluympäristöön ja että ihmisillä on mahdollisuus valita sellaisia asioita, jotka edistävät heidän terveyttään. Hyvin paljon pois siitä sellasesta, että terveyden edistäminen on sitä, mitä joku ammattihenkilö jossain vastaanotolla kertoo tai jossain ryhmätilaisuudessa*

---

<sup>4</sup> Haastateltavia kuvataan koodilla: H=haastattelu. Pth tarkoittaa perusterveydenhuoltoa ja esh erikoissairaanhoitoa. Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa haastatellut johtavat viranhaltijat on lisäksi numeroitu 1-6. Esimerkiksi H1esh tarkoittaa erikoissairaanhoidon johtavan viranhaltijan numero 1 haastattelua.

*kertoo. En oikein kovin paljon näe terveydenhuoltohenkilökunnalla muuta kuin sellasen tukevan, mahdollistavan roolin.” (H5pth)*

Laajaa tulkintaa edusti myös kunnan poikkihallinnollisen toiminnan korostaminen terveyden edistämisessä. Erään erikoissairaanhoidon haastateltavan mielestä terveyden edistäminen on usein vain sanahelinää, mutta hänen mielestään asia voi olla myös oikeasti mukana kunnissa tehtävissä päätöksissä ja valinnoissa.

*”Jos puhutaan julkishallinnosta ja kunnallishallinnosta niin se on semmonen poikki hallintokuntien menevä, että se ei oo pelkästään terveydenhuollon asia.” (H1pth)*

*”Kunnissa tehtävien päätösten ja valintojen asia, että mihin siellä...mikä on tärkeää, mihin satsataan, että sillai niin kun terveys on mukana kaikessa päätöksenteossa, se on hieno periaate.” (H3esh)*

Väestönäkökulma tuotiin yhdessä erikoissairaanhoidon haastattelussa sairastavuuden seurannassa ja siitä tiedottamisessa esiin. Kolmas sektori esitettiin yhtenä tärkeänä toimijana terveyden edistämisessä.

Terveydenhuollon mahdollisuuksia mietittäessä tunnistetaan, että *”primääripreventio on kuitenkin aika pitkälle myös koko terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvaa.” (H4pth)* Kuitenkin terveydenhuollon tehtävänäkin nähtiin terveyden ja sen edellytysten vahvistaminen. Korostettiin, että huomiota ei esimerkiksi pitäisi suunnata vain tupakoiviin koululaisiin. Tärkeää olisi tukea myös tupakoimattomia koululaisia niin, että he eivät alkaisikaan polttaa.

*”Perusterveydenhuollon pitäis pitää tavallaan huoli myöskin niistä, jotka ei ole vielä varsinaisesti terveydenhuollon asiakkaita vaan ovat olevinaan terveitä tossa, pitää pitää myös huoli siitä, että ne pysyy terveinä ja se on perusterveydenhuollon tehtävä, ei erikoissairaanhoidon.” (H6pth)*

Terveyden edistäminen näyttäytyi haastatteluissa kuitenkin enemmän tautien ehkäisynä, elintapaohjauksena ja terveystiloihin puuttumisena, kun puhuttiin terveydenhuollon tehtävistä terveyden edistämiseksi.

*”Silloin kun se on nähty siks, että on lähdetty valistusta antamaan, että se myös jokaisessa meidän kontaktissa tää asia otettaisiin puheeksi ja sillä tavoin niin kuin tarkistettais että missä mennään ja se tuki ja jos se on ihan on mennä pieleen, niin A:sta taas aloittaa.” (H5esh)*

*”Pitäis puuttua aikasemmin, kun mitä tehdään. Ne, kun ruvetaan puuttumaan ja puhumaan laihduttamisesta ja laskemaan sitä BMI:tä niin ollaan pitkälle yli 30. Olis todella tärkeää, että puututtais jo aikasemmin ja laskettais sitä BMI:tä.” (H3pth)*

Yksilön oma vastuu terveydestään tuotiin esiin, mutta ei kuitenkaan niin, että se poistaisi terveydenhuollon vastuun terveyden edistämistyössä. Erikoissairaanhoidon neljässä haastattelussa kuudesta otettiin yksilönäkökulma esiin. Terveydenhuollossa voidaan puuttua elintapoihin, mutta valintojen tekeminen jää viime kädessä jokaisen omaksi tehtäväksi.

*”Terveyden edistäminen henkilökohtaisella tasolla on kuitenkin niin kuin omista valinnoista kiinni.” (H3esh)*

Perusterveydenhuollossa yksilön vastuusta suhteessa terveydenhuollon vastuuseen puhui vain yksi haastateltava. Esimerkiksi tupakointi ja alkoholin käyttö ovat hänen mukaansa henkilökohtaisia valintoja. Sama haastateltava kuitenkin korosti terveellisten vaihtoehtojen valinnanmahdollisuuksia ja terveyttä edistäviä ympäristöjä.

*”Tupakointi tai alkoholin käyttö on taas, nehan on semmosia elämäntapavalintoja, että se on paha tapa... niin kyllä mä näen, että erikoissairaanhoidon on pahojen tapojen ehkäisyn kannalta aika kaukana siitä sellasesta yleisestä terveyskasvatuksesta, terveysneuvonnasta, että mun mielestä*

*siihen ei kannata, korostan sitä, että siihen ei kannata laittaa terveydenhuollon paukkuja. Tietoa voi jakaa, mutta ihmiselle itselleen se kuuluu.” (H5pth)*

Yhteenvedona voi todeta, että johtavien viranhaltijoiden tulkinnat terveyden edistämisestä edustivat käsitteen laajaa määrittelyä Ottawan julkilausuman (1986) mukaisesti.

## **8.2. Minkä organisaation tehtävä terveyden edistäminen on**

### **8.2.1. Terveyden edistäminen on yhteinen tehtävä**

Terveyden edistäminen on haastattelujen mukaan terveydenhuollon toimijoiden yhteinen tehtävä, jonka hoitamisessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osuudet painottuvat organisaatioiden perustehtävien mukaisesti.

*”Jotenkin mun on niin vaikee ajatella sitä, että erikoissairaanhoidon, kun mä ajattelin niin kuin kaikkia terveydenhuollon toimijoita siinä yhtäläillä. Ajattelin, että sen pitäisi olla juuri kaikkien yhteinen asia ja juuri se semmonen jouheva, sujuva yhteistyö siitä, että toinen jatkaa siitä, mihin toinen on jäänyt eikä niin, että oletetaan, että erikoissairaanhoido hoitaa tämän osan ja perusterveydenhuolto hoitaa tämän osan.” (H4esh)*

Haastatteluissa oltiin yhtä mieltä siitä, että terveyden edistäminen on perusterveydenhuollon perustehtävä. Tätä perusteltiin kansanterveyslailla ja sillä, että perusterveydenhuolto voi tavoittaa koko väestön. Perusterveydenhuollon johtavat viranhaltijat toivoivat, että erikoissairaanhoidon aikana puututtaisiin potilaiden terveysriskeihin. Nähtiin, että terveysriskin toteamisen yhteydessä on ”yhteistyön paikka” (H2pth). Yksi perusterveydenhuollon haastateltava korosti kuitenkin sairauden hyvää hoitoa ja siihen liittyvää jatkosuunnitelmaa.

*”Mä nään erikoissairaanhoidolla ison roolin, mutta nimenomaan sitten niin kun jo sairastuneiden ja kuntoutuvien ihmisten siinä jatkohoidon järjestämisessä ja siinä ehkäisyssä.” (H5pth)*

Erikoissairaanhoidon haastatteluissa korostuivat terveyden edistämisen kouluttaja-, kehittäjä- ja tiedottajaroolit. Esitettiin myös, että *”ei yliopistosairaalaakaan voi sanoa, että se ei osallistu siihen omalta osaltaan, ei voi sanoa, että tässä ollaan meillä kehittämishanke laitettu ja tässä on sabluuna, vaan jokaisella on myös vastuu ihan välittömässä potilastyössä”* (H5esh). Yksi lääkärikoulutuksen ja kaksi hoitajakoulutuksen omaavaa erikoissairaanhoidon johtavaa viranhaltijaa toivat esiin potilaslähtöisen näkökulman ja terveysriskien arvioinnin tarpeen osana hoitoprosesseja, joissa *”tämmösiin riskiasioihin pitäis tarttua just siinä, missä ollaan silloin”* (H6esh). Yksi hoitajakoulutuksen ja kaksi lääkärikoulutuksen omaavaa johtavaa viranhaltijaa puolestaan korostivat sairaalaantulon syyn hoitamista ja toivat esiin esteitä terveyden edistämiselle. *”Kyllä me voimavarat sittenkin enemmänki keskitetään niihin, joilla sitten jo todetaan poikkeavuus, kun niihin, joilla asiat on vielä kunnossa.”* (H1esh)

Erikoissairaanhoidon eräessä haastattelussa tuotiin esiin jatkohoidosta puhuttaessa, että potilaat eivät välttämättä hahmota terveydenhuollon organisaatioiden vastuualueita.

*”Jos mennään kysyyn tuolta peruskuntalaiselta jostain, niin ei hän pysty hahmottaan, että on niinkun jotain asiaa mitä yliopistosairaalan pitäis hoitaa, jotain mitä terveyskeskustason pitäis. Kyllä mun on aika vaikee uskoa, että hän ois perillä näistä kuvioista.”* (H1esh)

Näin ollen lienee selvää, että potilaille viestittyä erikoissairaanhoidossa tehty terveyden edistäminen riippumatta siitä, onko se siellä tietoisesti toteutettu vai ei. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon ammattilaisten kannanotot painonhallintaan, ruokavalioon ja liikuntaan liittyvistä asioista edustavat potilaalle terveydenhuollon virallista näkemystä niistä. Näin tulkittuna terveyden edistäminen on siis jo nyt mukana erikoissairaanhoidon toiminnassa.

### 8.2.2. Reviirinäkökulma

Näkemyks terveyden edistämisestä yhteisenä tehtävänä esitettiin ehkä kuitenkin enemmän tavoitteena, sillä organisaatioilla näyttää haastattelujen perusteella olevan omat vastuualueensa ja samalla reviirinsä terveyden edistämisessä. Koska terveyden edistäminen nähdään perusterveydenhuollon perustehtäväksi, se näyttää tarkoittavan implisiittisesti samalla sitä, että se ei kuuluisi erikoissairaanhoidolle. Kummankin organisaation haastatteluissa puhuttiin vakiintuneesta tehtäväjaosta ja myös vakiintuneista asenteista tähän tehtäväjakoon. Tällainen reviirinäkökulma tuli haastatteluissa selkeimmin esiin näkemyksinä toisen organisaation asenteista terveyden edistämiseen.

*”Siellä voi olla pientä asenneasiaakin erikoislääkäreillä, että tässä nyt ruveta puhumaan yleisistä elämäntavoista, että kun minä hoidan näitä sairauksia ja minä pyrin hoitamaan näitä sairauksia mahdollisimman hyvin. Se on varmaan sellanen pitkä kulttuurijuttu. Mutta mahdollisuuksia on varmasti.” (H1pth)*

*”Kai se resurssiasia sielläkin päässä on ja heilläkin on tavoitteet hoitaa paljon potilaita eri aloilla ja onko tämmönen pitkään vallitseva käytäntö ollu, että he hoitaa vaan sen oman puolensa, että vaatis paljon asennemuutostakin, että jos ruvettais sitten näitä asioita yhdessä hoitamaan.” (H3pth)*

*”Hirveän tärkeää, että kunnissa ymmärretään se, että se koskee myöskin erikoissairaanhoidoa se terveyden edistäminen, koska sitä on ainakin tässä takavuosina ollut sitä ihmettelyä joskus, että sehän on perusterveydenhuollon asia.” (H6esh)*

Siis erikoissairaanhoidossa arveltiin perusterveydenhuollon vastustavan ja perusterveydenhuollossa arveltiin erikoissairaanhoidon itsensä vastustavan erikoissairaanhoidon aktiivisempaa roolia terveyden edistämisessä.

Haastatteluissa perusterveydenhuollon johtavat viranhaltijat suhtautuivat myönteisesti erikoissairaanhoidossa tehtävään terveyden edistämiseen, mutta taustalla vaikuttavat asenteet ja ennakkoluulot tulivat kyllä haastateltavien puheessa esiin. Asia tuntuu herättävän epävarmuutta, mutta muutoksiin suhtaudutaan avoimin ja odottavin mielin ja oma asenne tiedostaen.

*”Mitään syytä ei ole perusterveydenhuollolla tai kunnilla tai kenelläkään sanoa, että erikoissairaanhoidon ei saa puuttua tähän ennaltaehkäisevään työhön. Totta kai niiden pitää osallistua siihen.”* (H4pth)

*”Puhun niin henkeen ja vereen perusterveydenhuollon erinomaisuudesta. Täytyy pitää huoli, ettei vaan ole kade, kun tullaan meidän alueelle. Vieras toimija tulee tänne. Täytyy varoo, ettei näin käyttäytyisi, omissa ajatuksissaan, että olla avoin, kun niillä on oma annettavansa siinä asiassa, kun ihan rehellisiä ollaan.”* (H6pth)

Myös erikoissairaanhoidon haastatteluissa pohdittiin olemassa olevia asenteita. Nähtiin, että *”on vähän vaarallista, jos ajatellaan, että potilas ei oo sen takia meille tullu, että hoidetaan tää muu asia sitten vaan ja muualla tehään jotakin muuta.”* (H6esh) Haastattelun kuluessa erään haastateltavan näkemys tuntui myös muuttuvan. Aluksi haastateltava toi esiin esteitä terveyden edistämistyölle, mutta pohti myöhemmin muutostarvetta.

*”Pitäisi päästä sellaisesta ajattelusta, että joku tehtävä on jonkun toisen tehtävä tai sitten ajatellaan sitä, että mitä joku muu voi tehdä tälle asialle, mutta ei ajatella sitä, että voitaisko me ihan ite täälläkin tehdä jotakin.”* (H4esh)

Terveyden edistämistyön muutosta kuvattiin toisessa haastattelussa, jossa erikoissairaanhoidon haastateltava pohti terveyden edistämisen nykyvaihetta.



*”Tavallaanhan terveyden edistäminen on kaikessa mukana tai pitäis olla tai olis hyvä jos olis, mutt sitten toisaalta tää nyt kuitenkin selvästi niin kuin hakee paikkaansa.” (H3esh)*

Uuden terveydenhuoltolain odotetaan tuovan muutoksia vähitellen. Arveltiin rajan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä häviävän, mutta muutoksen nähtiin tulevan vasta vuosien kuluessa. Perusterveydenhuollon haastateltava näki terveyden edistämisen tulevan lain myötä enemmän mukaan erikoissairaanhoidon käytäntöihin ja myös asenteiden muuttuvan sen ansiosta myönteisemmiksi. Muutosta tukee haastattelujen perusteella se, että perusterveydenhuollossa on hyviä kokemuksia erikoissairaanhoidon kanssa tehdystä yhteistyöstä. Esteenä muutoksille organisaatioiden edustajat näkivät asenteet toisessa organisaatiossa.

### **8.3. Erikoissairaanhoidon tehtävät terveyden edistämisessä**

Erikoissairaanhoidolle näyttää haastattelujen perusteella löytyvän toisiaan tukevat, selkeät ja yhtenevät tehtävät terveyden edistämistyöhön, vaikka tehtävät painottuvatkin vähän eri tavoin organisaatioiden näkemyksissä. (Taulukko 1) Luontevimmin erikoissairaanhoidon haastateltavat näkivät erikoissairaanhoidon sopivan uusimman tutkimustiedon välittämisen, uusien toimintamallien kehittämisen, tutkimuksen ja sairastavuudesta tiedottamisen sekä asiantuntijana toimimisen. Potilaskohtaiseen terveyden edistämiseen osallistuminen sen sijaan mietitytti haastateltavia, ja sen onnistumiselle kuvattiin esteitä. Perusterveydenhuollon haastatteluissa taas nousi esiin ensimmäisenä rooliodotuksena erikoissairaanhoidolle juuri potilaan motivointi tarpeellisiin elintapamuutoksiin. Erikoissairaanhoidon tuesta kehittämishankkeissa sekä erilaisista koulutuksista oli hyviä kokemuksia. Niitä odotetaan myös tulevaisuudessa. Eräs perusterveydenhuollon haastateltava näki kuitenkin tarvetta uudelle, alueelliselle terveyden edistämisen rakenteelle, sillä hän näki erikoissairaanhoidon liian sairauskeskeiseksi terveyden edistämisen koordinoituihin.

**Taulukko 1: Erikoissairaanhoidon tehtävät terveyden edistämässä**

<b>Erikoissairaanhoidon kuvausten mukaan</b>	<b>Perusterveydenhuollon kuvausten mukaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kouluttaminen</li> <li>• kehittäminen</li> <li>• tutkimus</li> <li>• sairauksien määrien ja väestötason muutosten seuraaminen ja tiedottaminen niistä perusterveydenhuoltoon</li> <li>• tiedottaminen päättäjille</li> <li>• asiantuntijana ja aloitteentekijänä toimiminen</li> <li>• potilaskohtainen terveyden edistäminen ja sairauden varhainen hoito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perusterveydenhuollon tukeminen potilastyössä ja projekteissa</li> <li>• koulutus</li> <li>• asiantuntijana ja aloitteentekijänä toimiminen</li> <li>• tiedon tuottaminen seulontojen perusteeksi</li> </ul>

#### 8.4. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon toimintakäytäntönä

##### 8.4.1. Mitä terveyden edistäminen on tällä hetkellä?

Terveyden edistäminen on jo nykyisin mukana erikoissairaanhoidon toimintakäytännöissä esimerkiksi hoidonohjaukseen liittyvänä elintapaohjauksena. Eräs erikoissairaanhoidon haastateltava kuvasi terveyden edistämisen kuuluneen aina jollakin tavalla potilaan kohtaamiseen erikoissairaanhoidossa.

*”Ihan jokapäiväisessä työssä, ihan erikoissairaanhoidossa siihen potilaskohtaamiseen liittyy, siihen täytyy liittyä... mä en usko, että useinkaan ei oo mahdollista, ettei siihen jollakin tavalla tää terveyden edistäminenkin liity,*

*vaikka se ei niinkun suoranaisesti oo joku valistustilaisuus ja aika on tietysti rajallinen, niukka tässä kohtaamisessa, mutta kyllä varmasti siihen aina on liittynyt ja liittyy jotakin myös terveyden edistämisen kannalta, ett just niin kuin tää tupakka esimerkiksi.” (H5pth)*

Esimerkkinä terveyden edistämisestä mainittiinkin haastatteluissa usein tupakkavieroitus ja painonhallinta. Terveysriskien toteamiseksi kerrottiin diabetesriskitestiä tehtävän jonkin verran. Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riski arvioitiin tunnistettavan hyvin sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, koska asia on ollut niin paljon koulutuksissa esillä. Painon mittaaminen kuuluu sairaanhoidon perinteisiin rutiineihin ja sitä kerrottiin mitattavan hyvin, mutta vyötärönympäryksen mittausta sen sijaan harvoin.

Masentuneisuuden kuvattiin liittyvän läheisesti pitkäaikaissairauksiin ja olevan jo hoidossa mukana. Alkoholin käytön vähentämisen ottivat haastattelussa esiin perusterveydenhuollon edustajat ja liikunnan kaksi erikoissairaanhoidon haastateltavaa. Perusterveydenhuollon haastateltava kertoi erikoissairaanhoidossa tehdyn terveyden edistämisen näkyvän perusterveydenhuollossa potilaskertomuksen mainintana havaitusta terveystarpeista ja ohjauksena omalääkärille asian johdosta.

Hoidettavana olevaan sairauteen liittyvien terveystarpeiden arviointi ja ohjaus kuvattiin haastatteluissa mahdollisiksi. Seulontamenetelmien, esimerkiksi diabetesriskitestin käyttöä sen sijaan kritisoitiin. Elintapaohjaus tulee haastateltavien mukaan sovittaa potilaan tilanteeseen. Poliklinikalla ajankohdan sanelee käytäntö, että etukäteistietojen perusteella otetaan kantaa potilaan sairauteen kertakäynnillä. Tähän täytyy liittää mahdollinen ohjaus mukaan. Vastaanottokäynneillä terveyden edistämisen kuvattiin liittyvän luontevammin potilaan hoitoon kuin osastojaksoilla. Olisi myös tärkeää välittää tehdyt toimenpiteet tiedoksi perusterveydenhuoltoon, jos potilas sinne ohjataan.

Perusterveydenhuollon haastateltavat toivoivat erikoissairaanhoidossa selvitetävän potilaan elintapoja sekä selkeää puuttumista, jos potilaalla on terveystarpeita. Erikoissairaanhoidon tärkeänä tehtävänä he näkivät potilaan kiinnostuksen

herättämisen. On myös huomioitava, onko potilas jo aiemmin tehnyt jotain asian hyväksi. Yhteisen käytännön toteutuminen edellyttää hoitoketjujen kuvausta, jotta esimerkiksi erikoissairaanhoidossa aloitettua ohjausta jatketaan perusterveydenhuollossa. Nähtiin uhkana, että esiin nostetusta asiasta ei enää puhutakaan eikä sitä pidetä tärkeänä. Potilaan hoitoketju on siksi kuvattava ja varmistettava. Erikoissairaanhoidon haastattelussa määriteltiin:

*”Terveiden edistäminen on pitkän tähtäimen tilannesuunnitelma heidän tulevaa elämäänsä ajatellen, että se on niin kuin tiettyihin asioihin huomion kiinnittämistä ja sitten ehkä viestittämistä perusterveydenhuoltoon tai muuhun jatkohoitopaikkaan, että mihin siellä vois kiinnittää huomiota.”* (H3esh)

Haastattelujen perusteella terveyden edistämisen toimintakäytäntö erikoissairaanhoidossa voisi sisältää terveystarpeiden selvittämisen, terveystarpeiden puuttumisen, ohjauksen aloittamisen ja jatko-ohjaukseen lähettämisen.

#### **8.4.2. Mitä terveyden edistämisen toimintakäytäntö edellyttää?**

##### **a) Potilaan näkökulma**

Haastateltavien mukaan terveyden edistäminen voi olla ajankohtaista erikoissairaanhoidon hoitajaksolla, sillä sairastuessa ihmisen mielenkiinto omaan terveyteensä ja sen hoitamiseen usein lisääntyy. Tämä otollinen hetki tulisi siis tiedostaa.

*”Se on kaikkein otollisin kohta siinä, kun se tapahtuma on käynyt, niin muistaa se, että mä oon täällä siksi tikkauttamassa päätäni kommoition takia, kun mä oon juonu liikaa viinaa, että siinä on niinku se kohta, jossa siihen pitäis puuttua.”* (H2pth)

*”Monta kertaahan se tilanne on otollinen, kun on joku sairaustilanne ja nyt sitten on pakko vähän miettiä elämää eteenpäin ja omia tottumuksia, siinähan voidaan saada jotakin aikaan.” (H3esh)*

Vaikka ajankohta olisikin otollinen, on terveyden edistämässä potilaan näkökulmasta monia esteitä. Potilaan sairaus voi viedä voimat niin, ettei voimia jää muuhun. Vaaditaan taitoa terveyden edistämisen sovittamisessa erikoissairaanhoidon käytäntöön ja tulee hyväksyä, että terveystilanteihin ei aina voi puuttua potilaan huonosta voinnista johtuen.

Erikoissairaanhoidon painoarvona terveyden edistämässä nähdään myös selkeä auktoriteettiasema potilaalle, mitä erityisesti perusterveydenhuollon haastateltavat korostivat. Potilas vakuuttuu terveyden edistämisestä, kun erikoissairaanhoidossakin otetaan siihen kantaa.

*”Erikoissairaanhoidolla on kuitenkin sen potilaan kannalta niin hurja auktoriteettiarvo. Se on vähän niin kun ylittää profession välillä, että kyllähän lääkärillä on auktoriteetti toisenlainen kuin sitten ehkä hoitajalla.” (H1pht)*

Tätä tärkeää asemaansa kaikki erikoissairaanhoidon haastateltavat eivät tuntuneet tiedostavan terveyden edistämisen prosessissa. Elintapamuutoksissa onnistunutta potilasta ei ehkä nähdä enää erikoissairaanhoidossa, jolloin palaute tehdystä ohjauksesta jää saamatta ja usko vaikuttamismahdollisuuksiin vähenee.

#### **b) Terveyden edistämisen osaaminen ja asenteet siihen**

Terveydenhuollon työntekijän asenne terveyden edistämiseen ja osaaminen siinä vaikuttavat työhön. Vaikka terveyden edistäminen nähtiinkin erikoissairaanhoidossa usein tuloksettomana, tiedossa oli, että esimerkiksi pelkkä lääkärin maininta tupakoinnin lopettamisen hyödyistä saa potilaita vähentämään tupakointia. Potilaiden

erilaiset tavat suhtautua asiaan tuovat haastetta terveyden edistämiselle, ja arveltiin, ettei ole helppoa tietää, mikä menetelmä millekin potilaalle vaikuttaa.

Haastattelujen mukaan tarvitaan ammatillista osaamista arviointiin, milloin terveysriskiin puuttumisen ja elintapaohjauksen voi ottaa esille. Näitä asioita ei voida määrittellä esimerkiksi jonkun tietyn hoitopäivän tehtäväksi, toki suositus voi olla näin. Haastatteluissa painotettiin myös terveydenhuollon toimijoiden yhdenmukaisten käytäntöjen tärkeyttä terveyden edistämisessä. Pitäisi puhua samalla kielellä samoista riskeistä. Näin saataisiin potilas haastateltavan mukaan vakuuttuneeksi esimerkiksi elintapamuutoksen tärkeydestä.

*”Ei niin, että sisätautilääkäri nopeesti sanoo, että ai jaa niin teillä on toi tupakkakin, että menkääs sinne terveyskeskuksen puolelle, että kyllä se siellä sitten. Se ei vakuuta...eikä lisää sitä motivaatiota, mutta jos puhuttais samalla kielellä samoista riskeistä niin se ois tärkeetä.” (H1pth)*

Hyvät toimintakäytännöt eivät nekään haastateltavan mukaan yksin riitä. Nähtiin, että vuorovaikutus potilaskontakteissa on tärkeää asian onnistumiseksi. Niin sanotusta asiaosaamisesta ei oltu niinkään huolissaan, mutta erityisesti vuorovaikutusosaamiseen arveltiin tarvittavan koulutusta.

*”Miten sää sen jouheesti esität, että vaikka sull on sabluuna, että näin viis kysymystä, mutta eihän se oo sillä selvä vaan sekin on taito käydä se sabluuna läpi.”(H5esh)*

Erikoissairaanhoidon yhdessä haastattelussa kaivattiin rohkeutta terveysriskeihin puuttumiseen. Terveyden edistäminen tulisi mieltää omaksi tehtäväksi ja sen tulisi olla itsestään selvä, yhteinen toimintakäytäntö. Kerrottiin esiin tulleista kyynisistä asenteista laihdutusohjaukseen. Lääkärien kuvattiin pitäneen ohjausta tuloksettomana. Elintapaohjaus kuvattiin haastattelussakin hankalaksi ja epäkiitolliseksi tehtäväksi esimerkiksi laihdutusohjauksessa, sillä potilaiden kuvattiin usein vihastuvan tai loukkaantuvan siitä. Joidenkin sairauksien kohdalla terveyden edistäminen kuvattiin

kuitenkin helpoksi, kun se liittyy sairaalaan tulon syyhyn. Liikkumiseen tai laihduttamiseen kannustamisen ja ohjaamisen ei nähty tuottavan vaikutuksia potilaissa. Potilaat kuvailevat esteitä liikkumiselle ja laihtumaan pystyy vain pieni osa ohjatuista ja siksi haastateltavan usko ohjauksen vaikutukseen näyttää vähäiseltä.

*”Kun ihmisen painohomeostaasin säätely häiriintyy, niin se nyt on yleensä lopun ikää niin. Silloin tällöin naiset pystyy laihduttamaan avioeron yhteydessä, se on sellanen riittävä stimulus. Tuota miehet sen takia, että heille tulee haiman vajaatoiminta juopottelusta johtuen, ja sitten jos muuten näyttää siltä, että pitkään hoidossa ollut ylipainonen ihminen on tullu normaalipainoseks, niin syöpäähän minä niistä ensimmäisenä lähden ettiin, ja useimmiten se löytyykin.”*  
(H2esh)

Perusterveydenhuollon haastateltava kertoi kokemuksensa mukaan olevan työntekijäkohtaista, otetaanko erikoissairaanhoidossa terveystarpeita esille.

### c) **Palveluketju**

Tiedonsiirrosta nähtiin, että erikoissairaanhoidossa on hyvä käytäntö kysyä riskitiedot uudelleen, vaikka terveyteen liittyvät tiedot olisi lähetteeseenkin kirjattu. Perusterveydenhuollossa pidettiin tärkeänä saada tietoja erikoissairaanhoidossa selvitetyistä riskitiedoista. Esimerkkinä mainittiin alkoholin käyttö. Jos asia on liittynyt tulosityhyn, tieto tulee yleensä potilaskertomuksessa. Muuten tiedon arveltiin jäävän hoitajien papereihin erikoissairaanhoidon, ja näissä tapauksissa usein myös perusterveydenhuollossa asiaan puuttuminen jää tekemättä. Erikoissairaanhoidossa esitettiin samansuuntainen näkemys. Hoitopalautteeseen tulee kirjata potilaan kanssa sovitut asiat todellisen tilanteen mukaan.

Perusterveydenhuollon haastattelussa kuvattiin tilanteen usein muuttuvan kotiutumisen jälkeen. Kun sairaus on hoidettu, on helppo unohtaa myös siihen mahdollisesti johtaneet terveystarpeet. Motivaatio oman terveyden hoitoon vähenee. Parempi-

kuntoisten kotiutujien nähtiin olevan vaarassa pudota palveluista, kun vastuu yhteydenotosta perusterveydenhuoltoon jää heille itselleen.

Aihe sai perusterveydenhuollon edustajia myös pohtimaan omia käytäntöjään. Muutokset kuvattiin tervetulleiksi ja selkeästi tuotiin esiin kehittämisen tarve omassa organisaatiossa esimerkiksi tupakkavierotuksen osalta.

*”Esimerkiksi tupakoinnin vähentämiseen meillä ei ole semmosta selkeää rakennetta, jolla me voitaisiin vastata siihen ja samahan se on alkoholin käytön kanssa, että jos meilläkin se toimintatapa on mini-interventio, niin meiltä puuttuu se sellanen mihin sen voisi ohjata. Diabetes on taas eri asia koska siinä on ollut nyt sen Dehkon takia niin yhteisiä palaverieja ja yhteistä kokousta ja niinkun tekemistä ja raportointia ja muuta.” (H2pth)*

Potilaan jatko-ohjaus herätti keskustelua myös perusterveydenhuollon resursseista. Esitettiin tarvittavan lisää sekä lääkäreitä että terveydenhoitajia perusterveydenhuoltoon. Toisen näkemyksen mukaan samat potilaat ovat joka tapauksessa palvelujen tarpeessa, tulevat he sitten erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollon omien palvelujen kautta hoidon ja ohjauksen piiriin.

*”Jos voisin tehdä, niin mä resurssoisin ehdottomasti enemmän niinkun meille terveydenhoitajaresurssia, jotta vois sanoa, että okei, lähettäkää vaan meille kyllä me voidaan ottaa, koska nyt pitää sanoa että kun näitä ei pysty hoitamaan näitäkään, mitä nyt on, niin että älkää nyt kauheesti laittako sieltä ketään.” (H2pth)*

*”Samoja kuntalaisiahan ne on. Eihän mekään pelätä, kun jaetaan riskilomakkeita tuolla turuilla ja toreilla, että kuinka paljon niitä tulee niitä 15 pisteen saavia, niitä on aika paljon, mutta on ajateltu, että ne kuuluu meille.” (H4pth)*



Potilaan hoitoketjuissa ongelmia tunnuttiin tunnistettavan. Erikoissairaanhoidon haastateltava kertoi kokemuksista, joissa jatkohoito ei ollut toteutunut toivotulla tavalla erikoissairaanhoidon hoitajakson jälkeen. Sama tilanne voisi hänen mukaansa olla edessä myös, jos potilas lähetetään jatko-ohjaukseen perusterveydenhuoltoon terveystarpeiden johdosta. Kaksi perusterveydenhuollon haastateltavaa esittikin kehittämiskohteeksi perusterveydenhuoltoon kutsujärjestelmää, jossa potilaat kutsuttaisiin erikoissairaanhoidon hoitopalautteissa esitettyjen terveystarpeiden perusteella perusterveydenhuollossa vastaanottokäynnille ohjausta ja tukea varten. Teknisesti tämän kerrottiin olevan mahdollista, mutta asenteet kutsujärjestelmään ovat toistaiseksi olleet esteenä.

### 8.4.3. Mitä esteitä terveyden edistämisen toimintakäytännölle on?

#### a) Näkemys kunta-asiakkaan odotuksista

Näkemys kunta-asiakkaiden odotuksista tuotiin selkeästi esiin erikoissairaanhoidon haastatteluissa esteenä terveyden edistämiseksi. Puolet erikoissairaanhoidon haastateltavista korosti, että kunta-asiakkaat eivät näe terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon tehtävänä eivätkä ole valmiita maksamaan siitä. Vaikka erikoissairaanhoidon strategiassa onkin kuvattu terveyden edistäminen yhteiseksi tehtäväksi, nähtiin kuntien tekemien ostojen määrittävän toiminnan.

*”Kunnat eivät ole halukkaita maksamaan meille juurikaan mistään ehkäisyprojekteista.”(H2esh)*

*”Kunnat saattaa sanoa, että ei me osteta tällöisiä palveluita, että meillä on oma henkilökunta”(H6esh)*

*”Kunnat haluaa sitten itse hoitaa sen alueen, sen hoidon siinä kohtaa kun ei enää tarvita erikoissairaanhoidon, että on kuitenkin kunnan kannalta kalliimpaa kuin, että he järjestää itse sen, että erikoissairaanhoidossa niin kauan kuin se sairaus tai se potilaan tilanne sen vaatii ja sitten jatkohoitoon”(H4esh)*

*”Niin, tietysti strategiassa saa lukea mitä tahtojaan, toinen asia on sitten mitä kunnat ostaa. Jos strategiassa lukee jotain, jota varten ei ole budjetoitu mitään niin kyllähän se loppuviimeksi se budjettivastuu ajaa yli sen strategian.”(H2esh)*

Perusterveydenhuollon kuudesta haastateltavasta vain yksi otti esiin kustannukset rajoituksena terveyden edistämiseksi laajempaan erikoissairaanhoidon tehtävänä. Hän piti kuitenkin mahdollisena, että erikoissairaanhoidon osallistuisi terveyden edistämiseen liittämällä terveyden edistämiskäytännöt omiin ydinprosesseihinsa.

#### **b) Näkemys väestön ja riskihenkilöiden tavoittamisesta**

Siitä, miten erikoissairaanhoidossa tavoitetaan jonkin toisen kuin hoidettavana olevan sairauden riskin omaavia henkilöitä ja väestöä kaiken kaikkiaan, oltiin haastatteluissa kahta mieltä. Perusterveydenhuollosta, mutta myös erikoissairaanhoidosta esitettiin perusteluna terveyden edistämisen huonolle sopimiselle erikoissairaanhoidon, ettei erikoissairaanhoidossa tavoiteta kuin osa väestöä. Näillä ihmisillä on jo sairaus ja siksi perusterveydenhuolto nähtiin vaikuttavampana toimijana terveyden edistämässä. Kuitenkin yksi erikoissairaanhoidon haastateltavista kuvasi, että erikoissairaanhoidon tavoittaa suuren määrän väestöä.

*”Kun kuitenkin erikoissairaanhoidon läpi menee niin kuin paljon potilaita, niin siellä voi sitten tiettyjä asioita kiinnittää huomiota tai jos ei niitä voi silloin korjata kaikkia tai juuri montaakaan asiaa, mutta kuitenkin saattaa joitakin asioita alkuun, ja siinä voi tietysti... ois jotakin semmosta hyvää, jolla se potilaan oma motivaatio sais herätettyä.” (H3esh)*

Terveys ja sairaus tuntuivat erottuvan muutamassa erikoissairaanhoidon haastattelussa selkeästi erillisiksi asioiksi. Terveyttä tarkasteltiin väestötason ja sairauden hoitoa yksilötason asiana. Esimerkiksi eräs erikoissairaanhoidon haastateltava kuvasi erikoissairaanhoidossa hoidettavan haitallisten elämäntapavalintojen tuloksia, ja

terveyden edistämistä hän kuvasi väestötason ja sen myötä erikoissairaanhoidon ulkopuolella olevaksi asiaksi.

Myös perusterveydenhuollon haastateltavat tuntuivat tarkastelevan erikoissairaanhoidon tehtäviä yksilönäkökulmasta, ja näin ollen he kuvasivat terveyden edistämisen perusterveydenhuollon vastuualueeksi. Kuitenkin potilastasolla puhuttaessa erikoissairaanhoidon osallistuminen terveyden edistämiseen oli perusterveydenhuollon haastateltavien mielestä erittäin tervetullutta. Potilaiden omaisista terveyden edistämisen kohteena ei haastatteluissa puhuttu lukuun ottamatta yhtä haastattelua, jossa nähtiin vaikutusmahdollisuus harvinaisen, perinnöllisen sairauden kohdalla omaisten elintapaohjauksena. Missään haastattelussa ei myöskään esitetty väestön terveyseroihin liittyviä näkemyksiä.

### **c) Näkemys terveyden edistämisen vaikuttavuudesta**

Terveydenhuollon voimattomuus terveyden edistämisessä tuotiin kahdessa erikoissairaanhoidon ja yhdessä perusterveydenhuollon haastattelussa esiin. Haastateltavat näkivät suurimmat vaikutukset saavutettavan terveydenhuollon ulkopuolella ja kyseenalaistivat sen vuoksi erityisesti erikoissairaanhoidon osallistumisen terveyden edistämiseen. Neljä muuta erikoissairaanhoidon haastateltavaa näki erikoissairaanhoidon auktoriteettiaseman jopa parantavan terveyden edistämisen vaikuttavuutta.

Terveyden edistäminen miellettiin yhdessä erikoissairaanhoidon haastattelussa ”lippujen ja lappujen” jakamisena. Terveystarkastukset tyypillisenä terveyden edistämistoimintana kyseenalaistettiin ja kaivattiin todisteita niiden hyödyistä.

*”Onko osotettu, että terveystarkastukset vaikuttaa johonkin, ett se ois musta mielenkiintonen tieto, ett onks niistä jotain konkretiaa että sitten kun on vyötärönympärys näin ja tää on näin niin mitä se on sitten viiden vuoden päästä. Ett niissähän kysellään, meikaläinenkin on ikänsä puolesta käyny nii, must ois kiva tietää, että vaikuttaks se sit johonkin että mikä on se saldo, mitä*

*niistä jää käteen ja onks niistä hyötyä. että siinähan on nimenomaan satsattu tälläseen terveyden edistämiseen. Tää on must ainakin hirveen tärkeetä, että pitäis osottaa, että tää vaikuttaa, kun jaetaan lippuja ja lappuja.” (H1esh)*

Perusterveydenhuollossa nostettiin tarkasteluun myös koko terveyden edistämistyön uskottavuus, missä yhtäältä arveltiin tarvittavan enemmän väestön arvostusta terveyden edistämiseksi ja toisaalta terveydenhuollon omaa uskoa siihen. Tämä haastateltava ei tuntunut kyseenalaistavan niinkään terveydenhuollon roolia ja mahdollisuuksia kuin sen menetelmiä ja toimintakäytäntöjä terveyden edistämässä. Haasteeksi terveydenhuollon ammattilaisille nouseekin oman työn lähtökohtien puntarointi ja oman työskentelyn reflektointi.

*”Terveyden edistämiseksi kokonaisuudessaan, että sille asialle pitäis tavalla tai toisella saada väestön parempi arvostus ja ymmärrys. Että väestö paremmin arvostais ja ymmärtäis, että ei se ole jauhamista tai paapomista, vaan se on todella tarkoitettu koko väestön terveydeksi ja parhaaksi, ettei tää oo vaan sitä, että juokse ja syö vähä, syö salaatteja, että se ei oo vaan sitä ja siinä on edelleenkin tehtävä hirmusen paljon siinä niissä asenteissa, miten väestö sen kokee. Se, että lähtekö se asenne meistä? Eikö me olla tarpeeksi vakuuttavia vai onko väestö vain niin kovakorvaista, en uskalla mennä sanomaan. Molemmissa on varmasti osuutta. Jos ei itse usko siihen asiaansa, niin sen vastaanottaja vaistoa hyvin herkästi: Tuo puhuu, kun sen kuuluu puhua.”*  
(H6pth)

Elintapaohjaus kuvattiin yhdessä perusterveydenhuollon haastattelussa niin vaativaksi työksi, ettei siitä voi tuloksia paljon odottaa. Työntekijän väsymisen tällaisessa työssä nähtiin johtuvan työntekijän epärealistisista työn tulosten odotuksista. Muissa perusterveydenhuollon haastatelussa tuotiin selkeä vaikuttamisen mahdollisuus esiin.

#### **d) Raamit terveyden edistämiseksi**

Haastateltavat korostivat, että erikoissairaanhoidon lyhyet hoitokaudet rajoittavat terveyden edistämiseen käytettävän ajan. Terveyden edistämiseksi jää perustehtävältä niukasti aikaa, ja lähes kaikki haastateltavat toivatkin esiin terveyden edistämisen esteenä erikoissairaanhoidon lyhyet hoitokaudet. Potilaat siirtyvät haastateltavien mukaan erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon niin pian kuin vain mahdollista. Pohdittiin, ehditäänkö lyhyen hoitokauden aikana puuttua terveystarpeisiin. Hoitokausia ei haastateltavan mukaan voida pidentää, sillä erikoissairaanhoidon hoitopaikkoihin kohdistuu koko ajan paine uuden potilaan vastaanottamisesta. Erikoissairaanhoidon arki ja pyhä ovat työntäyteisiä ja kiireisiä.

*”Kaikilla ammattiryhmillä on ihan täys työ, että he selviää siitä päivittäisestä työstä.”(H6esh)*

*”Semmosta aikaa, että mitä vois ajatella, että käytänpä tämän terveyden edistämiseen, sitä voi olla vaikea löytää.”(H4esh)*

Raameja ei kuitenkaan oltaisi laajentamassa terveyden edistämisen vuoksi. Kaksi haastateltavaa (toinen erikoissairaanhoidosta, toinen perusterveydenhuollosta) näki myös, ettei hoitokausia tarvitsekaan pidentää terveyden edistämiskäytäntöjen vuoksi. Heidän mukaansa ne voidaan sovittaa olemassa olevaan hoitoprotokollaan. Terveyden edistämistä kuvattiin toimintatavan muutoksena, jossa sairaanhoidon ydinprosesseissa ja normaalien vastaanottokäyntien yhteydessä kiinnitettäisiin huomio terveyden edistämiseen.

Terveyden edistämisen sovittaminen nykyisiin käytäntöihin nähtiin mahdolliseksi. Erikoissairaanhoidon käytäntönä on kehittää toimintaa hankkeilla, ja hankkeisiin on varattu myös resursseja. Nähtiin, että hankkeen kautta terveyden edistäminen voisi tulla toimintakäytännöksi eikä vaatisi enää lisäresursointia hankkeen loputtua. Pitkäjänteinen elintapaohjaus miellettiin joka tapauksessa perusterveydenhuollon tehtäväksi. Yksi perusterveydenhuollon haastateltava näki uhkana, että erikoissairaanhoidon

perustettaisiin preventiopoliklinikka. Erikoissairaanhoidossa tuotiinkin esiin, että terveyden edistäminen voi edellyttää lisää aikaresurssia esimerkiksi ohjauskäyntinä hoitajan vastaanotolla. Perusterveydenhuollon haastattelussa pidettiin kuitenkin tärkeänä terveyden edistämisen sovittamista erikoissairaanhoidon nykyiseen käytäntöön.

*”Ei me ruveta erikoissairaanhoidosta ostamaan tämmösiä preventiökäyntejä.”*  
(H4pth)

#### **e) Hoidon priorisointi**

Niukoissa resursseissa terveyden edistämisen kiperäksi kysymykseksi nousi haastattelujen perusteella hoidon tasapainottaminen eli priorisointi. Hoidossa on tehtävä valintoja, ja huonokuntoisen potilaan sairauden hoidossa terveyden edistäminen näyttäytyy ristiriitaisena. Ensisijalla on akuutin, sairaudesta johtuvan tilanteen hoitaminen. Vaikka terveyden edistäminen nähtiinkin hyödylliseksi asiaksi, arveltiin potilaan hoidossa monien muiden asioiden painottuvan sitä ennen. Vakavaa sairautta potevien hoidossa terveyden edistäminen kuvattiin myös eettisesti vaikeana asiana.

Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet terveyden edistämässä nähtiin rajoittuneiksi, sillä vaikeaa sairautta sairastavien potilaiden hoito keskittyy tulossyyhyn. Huonokuntoisen potilaan hoidossa ei nähty mahdollisuuksia eikä mieltä terveystarpeisiin puuttumisessa.

*”Tässä tulee nyt just se ongelma, että jos meillä on vaikeaa sairautta sairastava potilas, niin kyllähän se hänen hoitonsa keskittyy siihen ongelmaan. ...ett kyllä kai siinä ensisijaisesti hoidetaan sitä sairautta ja siihen liittyviä lieveilmiöitä ja sitten muu terveyden edistäminen on aika ohkasta.. ett sillon varmaan, jos vaikka henkilö vaikka tupakoi niin varmaan se otetaan niinkun esille, mutta ett jostain painosta, ylipainosta ei oo mielekästä edes keskustella, kun ihmiset riutuu ja kärsii niinkun muuten jo tavallansa.”* (H1esh)

Erikoissairaanhoidossa tarpeiden priorisoinnin yhteydessä näyttäytyy myös prevention paradoksi, missä lopultakaan ei voida tietää, onko terveysriskiin puuttumisessa juuri tämän potilaan kohdalla hyötyä.

*”Mä en kuitenkaan voi olla varma, että vaikka hän lopettas sen tupakoinnin, niin tää kaikki niin kun jotenkin korjais sitä tilannetta. Sehän on niin kun tämmönen, joka tiedetään, että se on niin kuin joukkojen kohdalla, joka pätee, mutta en mä voi yksittäisen ihmisen kohdalla tietää, että onks hänen tupakointinsa hänen sairautensa kannalta merkityksellinen asia. Kun mulla on sata ihmistä, jotka tupakoi, niin ne on suuremmas riski sairastua, kun sata tupakoimatonta.” (H1esh)*

Perusterveydenhuollon haastatteluissa kuvattiin tilanteiden ja vaikutusmahdollisuuksien moninaisuutta. Erikoissairaanhoidosta palautuu potilaita perusterveydenhuollon piiriin ja haastateltavat esittivät olevan monia tilanteita, joissa erikoissairaanhoidon osallistumisesta terveyden edistämiseen olisi paljon hyötyä. Verenpainepotilaan hoidossa elintapaohjaus olisi toivottavaa, mutta kirurgisen toimenpiteen yhteyteen sitä ei välttämättä nähty tarpeelliseksi liittää. Tosin eräs perusterveydenhuollon haastateltava näki erityisen hyödyllisenä, jos kirurgi huomattuaan potilaan tupakoivan vaikka *”vaan puolella sanalla sanoo, että ois syytä vähentää, että ootteko ajatellu”* (H6pth). Perusterveydenhuollossa voitaisiin sitten tästä jatkaa potilaan motivointia ja tukemista tupakoimattomuuteen.

#### 8.4.4. Tiivistelmä terveyden edistämisen edellytyksistä ja esteistä

Haastatteluissa esiin tulleet terveyden edistämisen toimintakäytäntöjen edellytykset ja esteet erikoissairaanhoidossa olen koonnut taulukoiksi 2 ja 3, joissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon näkemykset ovat omina ryhminään.

**Taulukko 2. Mitä terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa edellyttää toimintakäytäntöinä**

<b>Erikoissairaanhoidon kuvausten mukaan</b>	<b>Perusterveydenhuollon kuvausten mukaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• terveyden edistämisen sovittaminen ydinprosesseihin</li> <li>• terveyden edistämisen mieltäminen omaksi tehtäväksi</li> <li>• potilaalle otollisen ajankohdan huomioiminen</li> <li>• potilaan terveystarpeisiin vastaaminen ymmärretään yhteiseksi tehtäväksi terveydenhuollossa</li> <li>• yhteinen tapa puhua ja yhteinen käsitys perusterveydenhuollon kanssa siitä, mikä on tärkeää terveystarpeiden huomioimisessa ja niihin puuttumisessa</li> <li>• vuorovaikutusosaaminen</li> <li>• hoidon ja ohjauksen jatkuvuus</li> <li>• hoitopalautteiden sisältöihin selkeä kuvaus myös terveyden edistämisestä ja vastuun siirrosta potilaalle tai perusterveydenhuollolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terveyden edistämisen sovittaminen ydinprosesseihin</li> <li>• terveyttä edistävän työtavan omaksuminen</li> <li>• potilaalle otollisen ajankohdan huomioiminen</li> <li>• erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen kieli ja yhteiset puuttumisen kohteet</li> <li>• terveystarpeiden huomioiminen ja terveyden edistäminen läpäisyperiaatteella erikoissairaanhoidon eri alueilla</li> <li>• potilaan tapojen ja tottumusten selvittäminen</li> </ul>



**Taulukko 3. Esteet terveyden edistämisen toimintakäytännöille erikoissairaanhoidossa**

Erikoissairaanhoidon kuvausten mukaan	Perusterveydenhuollon kuvausten mukaan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kunta-asiakas ei halua terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon</li> <li>• erikoissairaanhoidossa ei tavoiteta väestöä</li> <li>• potilaan vaikea sairaus</li> <li>• hoito keskittyy tulosityhyn</li> <li>• ohjauksen vaikuttavuus nähdään vähäiseksi</li> <li>• resurssit/ajanpuute</li> <li>• prevention paradoksi</li> <li>• kielteiset asenteet</li> <li>• ammattiryhmien väliset näkemyserot</li> <li>• potilaiden reaktiot terveystarpeiden</li> <li>• ei haluta lisää kyselyjä tai seulontoja</li> <li>• jatko-ohjauksen epävarmuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ajanpuute</li> <li>• kielteiset asenteet</li> <li>• työntekijäkohtaiset käytännöt erikoissairaanhoidossa</li> <li>• terveystarpeisiin liittyvä tieto jää erikoissairaanhoidon</li> <li>• perusterveydenhuollon omissa terveydenedistämiskäytännöissä kehitettävää</li> <li>• perusterveydenhuollon resurssit</li> </ul>

Yhteinen näkemys terveyden edistämisen tehtäväjaosta potilastyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken tuntuu tällä hetkellä vielä puuttuvan. Terveystarpeiden arviointi ja ohjaus sekä tapa puhua potilaille terveyden edistämisestä ovat kehittämisen kohteita. Terveystarpeiden selvittäminen ja potilaan kokonaistilanteen tarkastelu ovat haasteena nykyiselle käytännölle tulosityhyn painottuvasta hoidosta. Erikoissairaanhoidossa esiintuodut esteet terveyden edistämälle ja perusterveydenhuollon toivomus potilaiden terveystarpeiden selvittämisestä muodostavat jännitteen. Toisessa ääripäässä ovat eettiset näkökohdat ja hoidon priorisointi ja toisessa taas potilaslähtöinen hoitoprosessin tehostuminen terveystarpeiden selvittämisellä ja niihin puuttumisella. Haastatteluissa erikoissairaanhoidossa pohtimisen kohteeksi nousi terveyden edistäminen vaikeasti

sairaalan potilaan hoidossa. Perusterveydenhuollossa taas tuotiin vastaavassa pohdinnassa esiin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon palaava pitkäaikaissairautta poteva potilas.

Perusterveydenhuollon toivomus erikoissairaanhoidolle terveyttä edistävän työtavan omaksumisesta raamittaa terveyden edistämistehtävien laajuutta. Terveyden edistäminen ehdotetaan sovitettavaksi prosessiin perustehtävää tukemaan. Ehkä terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon tehtävänä ei tarkoitaakaan suurta muutosta, sillä erikoissairaanhoidon haastateltavat puhuivat terveystarpeiden arviosta ja ohjauksesta myös jo osittain olemassa olevina käytäntöinä. Työntekijäkohtainen ja ammattiryhmittäinen vaihtelu edellyttäisi kuitenkin terveyden edistämiskäytäntöjen systematisointia. Tiedonsiirron tehostamisen tarve tunnutaan tiedostettavan molemmissa organisaatioissa. Kehittämistarpeita nähdään sekä omassa että yhteistyökumppanina toimivassa organisaatiossa. Yhteistyötä ja hoidon jatkuvuutta pidetään oleellisena hoidon onnistumiselle. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa tarkoittaisi myös perusterveydenhuollon omien käytäntöjen tarkistamista.

### **8.5. Terveyden edistämiskäytäntöjen johtaminen**

Erikoissairaanhoidon haastatteluissa esitettiin erilaisia näkemyksiä terveyden edistämiskäytäntöjen johtamisesta. Yhteinen useimpien haastateltavien esiin tuoma asia oli, että johtamisella on tärkeää viestittää henkilökunnalle, mitä toiminnassa pidetään tärkeänä. Terveyden edistämisen pitäminen tärkeänä näkyy haastattelujen perusteella siinä, että terveyden edistäminen on selkeästi päätetty ottaa yksikön toimintastrategiaan ja sen pohjalta tehtyyn suunnitelmaan. Johtavassa asemassa olevien tulee haastattelujen perusteella osoittaa terveyden edistämisen tärkeys muun muassa ottamalla asia toistuvasti puheeksi erilaisissa palavereissa. Johtamisen keinona kuvattiin myös konkreettisten asioiden kuten tupakkavierotuksen nostaminen esiin potilastyössä. Näin organisaation kanta terveyden edistämiseen tulee henkilökunnalle selväksi.

*”Kyllähän ihminen puhuu semmosen puolesta, minkä näkee itekin tärkeäksi ja minkä se organisaatio näkee tärkeeks.” (H4esh)*

Johdon tehtäväksi esitettiin myös neuvottelut kunta-asiakkaiden kanssa yhteisymmärryksen tavoittamiseksi siitä, että terveyden edistäminen kuuluu myös erikoissairaanhoidon. Vaikka terveyden edistäminen käytännössä onkin aina jollain tavalla ollut erikoissairaanhoidon toiminnassa mukana, sen tietoisella esiin nostamisella uskotaan tilannetta voitavan kohentaa. Johdon tehtäväksi haastatteluissa kuvattiin edelleen resurssien järjestäminen. Tarvitaan *”tilaa ja mahdollisuuksia”* *”aikaa ja osaavia henkilöitä”* terveyden edistämisen toteutumiseksi. Ristiriita resurssien lisäämisestä näyttäytyi, sillä aiemmin toisaalla jo tuli ilmi, ettei resursseja voida lisätä.

Osaaminen ja ammattitaito resurssina edellyttävät johtavassa asemassa olevilta koulutusohjelmien suunnittelua tarpeita vastaavaksi. Työntekijöiden henkilökohtaisia kouluttautumisehdotuksia halutaan huomioida. Tuotiin esiin henkilökunnan jäsenten erilainen kiinnostus kehittämistoimintaan ja nähtiin, että heitäkin, jotka eivät oma-aloitteisesti kiinnostu, voitaisiin kannustaa. Toimiva perehdytys kuten intranet-ohje kuvattiin yhdeksi keinoksi nostaa terveyden edistäminen käytännön toimintaan.

Ammattilaisten osuutta uusien käytäntöjen tuomisessa työhön korosti kaksi kuudesta haastateltavasta. Strategian kuvattiin siirtyvän konkreettiseen työhön ammattilaisten ammattitaidon kautta. Tuli vaikutelma, että myös vastuu käytäntöjen toimeenpanosta olisi ammattilaisilla. Esimerkiksi terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden kautta arveltiin terveyden edistämiskäytäntöjen siirtyvän yhteisiksi toimintakäytännöiksi.

Terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpano vaatii haastattelun perusteella aktiivista työtä. Toiminnan kehittämisessä tarvitaan yhteistyötä työntekijöiden kanssa, sillä yksiköt ovat erilaisia ja niillä on erilaiset mahdollisuudet terveyden edistämistyöhön.

*”On niin lyhyet hoitoajat kuitenkin ja se menee tiettyjen protokollien mukaan. Siitä ei ole paljon niin kuin mahdollista poiketa, toisaalta ei ole niin kuin*

*tarvettakaan poiketa, kuitenkin ne asiat voi sinne käytäntöihin sitten rakentaa mukaan, mutta se vaatii semmosta aktiivista työtä, ei se tuu itsestään.” (H3esh)*

Kehittämishankkeet on todettu hyväksi tavaksi tuoda uusia käytäntöjä työhön, ja niiden päättyessä on johdolla tilaisuus puuttua, millaiseksi toimintakäytäntö sovitaan. Tunnistettiin, että tulisi selkeämmin tehdä päätös, miten jatketaan. Osa henkilökunnasta on mukana hankkeessa, ja heille käytäntö tulee tutuksi kehittämisen aikana.

*”Se pitää siellä omassa yksikössä tää malli ensiksikin sopia, että otetaanko, useinkaan johtamisessa ei ne tule, ei niin selvästi sovita varsinkaan, että missä kohtaa ja miten niitä otetaan, että saattaa olla, että niillä siinä kehittämishankkeessa mukana olleilla on se niinku se käsitys, mutta esimerkiksi sitten sitä ei sillai johdon kanssa kauheesti käydä läpi ja sovita välttämättä aina.” (H5esh)*

Yhdessä erikoissairaanhoidon haastattelussa kuvattiin terveyden edistämisen systemaattinen, suunniteltu toteutus. Terveyden edistämisen kohderyhmät ja tavoitteiden minimitaso tulee määrittää sekä huolehtia seurannasta.

*”Suunnitella se työ niin, että se on systemaattista, on mietitty kohderyhmät ja sillä tavalla seurataan sitä, että miten se toteutuu ja mikä... mikä niin kuin ainakin pitää tehdä, ja tää systemaattisuus mun mielestä on hirveen tärkeä tässä asiassa, että vaikka hoito onkin yksilöllistä jokaisen potilaan kohalla, niin kuitenkin, että on esillä ne tärkeät asiat, mitä pidetään tärkeinä.” (H6esh)*

Haastatteluissa ei tullut esille terveyden edistämiskäytäntöjen johtamisesta mallia, jossa toiminnan toteutumista arvioitaisiin ja jossa työntekijä arvion perusteella saisi palautteen tehdystä työstä. Aineiston perusteella jäi askarruttamaan, miten ja millä tasolla toimintaa kehitetään.

## 8.6. Yhteenveto tuloksista

Perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla on terveyden edistämässä tavoite yhteistoimintaan, mitä vakiintunut tehtäväjako kuitenkin nykyisellään haittaa. Perusterveydenhuollossa toivotaan erikoissairaanhoidon tukea potilaskohtaisessa terveysneuvonnassa ja kehittämishankkeissa. Muiksi erikoissairaanhoidon terveyden edistämistehtäviksi nähdään koulutus, asiantuntijana ja aloitteentekijänä toimiminen. Erikoissairaanhoidossa esiin tulleita asioita olivat näiden lisäksi tutkimus, tiedottaminen sekä sairastavuuden väestötasoinen seuranta.

Terveyden edistämisen strategian toteutumista estää aineiston perusteella ristiriita. Erikoissairaanhoidon johtavien viranhaltijoiden mukaan kunta-asiakkaat eivät pidä terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon tehtävänä. Perusterveydenhuollon haastatteluissa terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon tehtävänä esitettiin kuitenkin tervetulleeksi asiaksi ja sen toteutuminen nähtiin mahdolliseksi erikoissairaanhoidon ydinprosesseissa perustehtävän ohella.

Edellytyksenä terveyden edistämisen toteutumiselle erikoissairaanhoidossa on, että se nähdään organisaatiossa hyväksytyksi asiaksi, jolla on johdon tuki. Aineiston perusteella esteenä tällaiselle, terveyden edistämisen legitiimille asemalle ovat seuraavat, johtavassa asemassa olevien viranhaltijoiden näkemykset:

- Terveyden edistäminen näyttää olevan ristiriidassa kunta-asiakkaiden odotusten kanssa.
- Terveystarpeiden tarkastelussa korostuu yksilönäkökulma väestönäkökulman sijaan.
- Terveyden edistämisen vaikuttavuus nähdään vähäiseksi.
- Erikoissairaanhoidon auktoriteettiaseman antamia mahdollisuuksia vaikuttaa potilaisiin ei tiedosteta.
- Potilaalle otollista hetkeä terveystarpeiden arviolle ei tiedosteta.

Ensin tulisi siis ymmärtää terveyden edistäminen hyväksytyksi asiaksi organisaatiossa. Terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpanon esteenä voivat tämänkin jälkeen vielä olla:

- Potilaan vointi/sairaus/tilanne
- Laadulliset ja määrälliset resurssit
- Henkilökunnan asenteet terveyden edistämiseen
- Puutteet hoitoketjussa ja systemaattisessa johtamisessa

Erikoissairaanhoidon johtavassa asemassa olevat viranhaltijat arvostavat erikoissairaanhoidon ammattilaisten osaamista ja työhön sitoutumista sekä korostavat koulutusta uusien tehtävien hallinnassa. Johtamisen keinona on terveyden edistämisen sisällyttäminen strategiaan ja strategian osoittaminen tärkeäksi henkilökunnalle pitämällä asiaa esillä.

Johtamisen haasteena on erikoissairaanhoidon eri yksiköille sopivien terveyden edistämiskäytäntöjen valinta yhdessä työntekijöiden kanssa sekä näiden käytäntöjen tekeminen näkyväksi kunta-asiakkaalle. Kehittämiskohteeksi osoittautuivat johtaminen ja vastuista sopiminen hankkeissa kehitettyjen uusien käytäntöjen toimeenpanossa. Aineiston perusteella tulee vaikutelma, että terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpano voi jäädä yksin työntekijöiden tehtäväksi. Toiminnan seuranta ja arviointia ja työntekijöiden saamaa palautetta tulee aineiston perusteella tehostaa.

## **9. POHDINTA**

### **9.1. Johtopäätökset**

Strategia ei tämänkään tutkielman perusteella tunnu ohjaavan toimintaa. Vaikka terveyden edistäminen oli haastatteluhetkellä ollut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategian osana kahden vuoden ajan, esitettiin erikoissairaanhoidon haastatteluissa kunta-asiakkaiden odotukset ja terveyden edistämisen suhteen kielteiset näkemykset painavampana toiminnan ohjaajana. Kuntajohdon terveyden edistämisen erilaiset tulkinnat (Lindfors ym. 2010) heijastunevat tässäkin tutkielmassa esiin tuotuihin

erikoissairaanhoidon näkemyksiin kunta-asiakkaan odotuksista. Samantyyppiset näkemykset tulivat myös erikoissairaanhoidossa tehdyssä esiselvityksessä (Rigoff ym. 2008), jonka mukaan terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja hyötyjä täytyy perustella kuntien kanssa käytävissä palvelusopimusneuvotteluissa. Voisi ajatella, että juuri kunnissa väestön terveyden edistämisen vastuutahoina oltaisiin näistä asioista selvillä.

Tämän tutkielman perusteella ainakin osa kuntajohdosta nämä asiat tuntee ja on päinvastoin vakuuttamassa erikoissairaanhoidolle terveyden edistämisen hyötyjä. Tutkielmassa kuntien näkemystä edustavat perusterveydenhuollon johtavat viranhaltijat näkevät erikoissairaanhoidon osallistumisen terveyden edistämiseen lisäävän tehokkuutta ja potilaslähtöisyyttä. Näiden johdon edustajien voi odottaa ymmärtävän ja olevan perillä taloudellisista näkökohdista ja ottaneen ne näkemyksessään huomioon.

Kun terveyden edistämisestä on kunnissa (Lindfors ym. 2010) ja esiselvityksen (Rigoff ym. 2008) mukaan myös erikoissairaanhoidossa erilaisia tulkintoja ja ollaan epä tietoisia, mitä terveyden edistäminen konkreettisesti tarkoittaa, olisi ensimmäinen asia tavoitella yhteistä näkemystä sekä perehtyä kansallisiin terveyden edistämisen suosituksiin ja ohjelmiin. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että juuri perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden tulisi saada muut kuntajohdon edustajat ymmärtämään terveyden edistäminen kunnan strategisen suunnittelun osaksi ja myös erikoissairaanhoidon tehtäväksi. Näin toimittaisiin Health in all policies -ajattelun mukaisesti aloitteentekijänä ja keskustelun virittäjänä (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo 2006). Väistykö väestön terveyden edistäminen kuitenkin sairaanhoidon tieltä (Rimpelä ym. 2009, 274)? Päätöksiä tehtäessä voitaisiin ottaa huomioon, että erikoissairaanhoidossa toteutettu pienikin panostus terveyden edistämiseen on merkittävä lisäresurssi, mikä ajan kuluessa tulee näkymään väestön terveyshyötynä (Johnson & Baum 2001, 282). Lisäksi terveydenhuollon keskittäminen yksilökeskeiseen sairaanhoitoon merkitsee jatkuvaa kustannusten kasvua ja vähenevää väestötasoista terveyshyötyä (Rimpelä 2009).

Herää ajatus, että terveydenhuollossakin tarvitaan terveyden puolesta puhumista ja perustelua sen sisällyttämisestä toimintaan. Terveyden edistämisen paremmalla

vaikuttavuudella muiden toimijoiden kautta ei voida perustella terveydenhuollon (esim. erikoissairaanhoidon) luopumista terveyden edistämistä omassa toiminnassaan (Leppo 2007; Rimpelä ym. 2009). Myös perusterveydenhuollossa on haasteena terveyden edistämisen suunnitelmallinen johtaminen ja lukuisien terveyden edistämishjelmien yhteensovittaminen ja toimeenpano (Rimpelä ym. 2009). Suunnittelussa olisi huomioitava myös, miten erikoissairaanhoidon voisi ohjelmiin osallistua. Näistä asioista tulisi sitten neuvotella palvelusopimuksia tehtäessä. Kun erikoissairaanhoidon edustajat tuovat omalta osaltaan palvelusopimusneuvotteluihin ehdotuksensa terveyden edistämiskäytännöistä, päästään konkreettisen keskustelun tasolle, jolloin myös kustannusten arviointi lienee helpompaa.

Resurssirajoitukset kuvattiin yhdeksi esteeksi terveyden edistämisen toteutumiselle. Resurssilisäys edellä etenemisessä on kuitenkin riskinsä. Jos terveyden edistämiskäytäntöjä ei ole kunnolla määritelty ennen resurssilisäystä, ehtivät lisätyt resurssit todennäköisesti suuntautua muuhun toimintaan. Resurssien osoittaminen terveyden edistämiseen voi myös hidastaa sen sisällyttämistä varsinaiseen toimintaan (Johnson ja Baum 2001).

Terveyden edistämistoimintojen arvioinnille on valmis HPH-verkoston tuottama itsearviontilomakkeisto. HPH-standarditkaan eivät kuitenkaan toimintaa muuta ennen kuin terveyden edistäminen on organisaatiossa hyväksytty asia ja sillä on johdon tuki. Kirjallisuuden perusteella terveyden edistäminen tulee ymmärtää yhteiseksi arvoksi, jotta organisaatio oikeasti muuttuu terveyttä edistäväksi (Whitehead 2004). Virtasen (2010) mukaan vain muutokset, jotka ovat sairaalan ammattilaisten arvojen mukaisia, onnistuvat. Näin ollen tarvitaan keskustelua tarkistamaan, onko terveyden edistäminen sairaalassa jo olemassa oleva arvo. Jos se ei ole, on tutkimuksen perusteella tarpeen, että sairaalan johto ”näyttää toiminnan suunnan ja lisää toimijoiden vuorovaikutusta” (Virtanen 2010). Strategia ei muutu käytännöksi ilman johtamista. Johdon tulee vahvistaa terveyden edistämistä organisaation arvona ja etsiä yhdessä toimijoiden kanssa käytännön toteutusta. Keskustelussa tulisi saada toimijoiden ääni eli käytännön työn sanelemat mahdollisuudet toiminnan kehittämisessä kuuluviin (Tuomiranta ym. 2007).



Keskustelun tavoitteena voisi olla myös moniäänisyys (Airaksinen 2009), jolloin eriävien, kriittistenkin mielipiteiden ja erilaisten merkityksien välillä käytävien neuvottelujen kautta etsittäisiin uusia ratkaisuja. Terveystieteiden kulttuurissa konsensushakuisuus on kuitenkin voimakasta. Nykypäivän ymmärtämiseksi on otettava huomioon historia. Virtanen (2010) väittää terveydenhuollon johtamiskäytännöissä ja organisoitumisessa olevan vuosisataiset perinteet. Muutoksia toteutettaessa tämä näkökulma on hyvä tiedostaa, mutta sitä ei pidä nähdä muutoksen esteenä.

Tässäkin tutkielmassa tuli kuva ammattilaisten vahvasta asemasta sairaalaorganisaatioissa. Ammatilliset nähdään toiminnan omaehtoisina kehittäjinä. Ammattilaisten mukanaolo suunnitelmien tekemisessä varmistaa eri yksiköille sopivien käytäntöjen sopimisen, jolloin toimijoiden ääni tulee kuulluksi. Niin sanottu johtamisen palautesilmukka edellyttää kuitenkin arvioinnin perusteella toimijatasolle annettua palautetta, mikä on taas uuden, yhteisen suunnittelun pohja.

Palautteista työstä esimerkiksi painonhallinnan osalta olisi tarpeen. Lääkäreiden kriittiset kommentit painonhallintaohjauksen onnistumisesta viittanevat turhautumiseen vähäisen vaikutusmahdollisuuden takia. Tulosten perusteella erikoissairanhoidolla nähdään kuitenkin olevan paljon vaikutusta potilaiden terveysneuvonnassa. Tämä viittaa siihen, että tarvitaan lisää vuorovaikutusta myös perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välille sekä systemaattinen, yhteisesti valittu toimintakäytäntö ylipainon hoitoa varten omana hoitoketjuna tai eri sairauksien hoitoketjuihin sisällytettynä.

Toimintaa kehitettäessä tulee ottaa huomioon, keskitytäänkö tautiriskien osoittamiseen vai terveemmän elämän mahdollisuuksien etsimiseen. Voi olla, että se mitä terveyden edistämiseksi voidaan erikoissairanhoidossa tehdä, käytännössä useimmiten tarkoittaa terveysriskien osoittamista kuten tutkielmassa tuli esiin. Terveyden edistämisen käsittäminen potilaan mahdollisuuksien lisäämisenä terveempään elämään ohjaa kuitenkin varmemmin toimintaan, jossa potilas tulee kuulluksi ja nähdäksi kokonaisuutena olemassa olevine voimavaroineen. Kun hoito- ja palveluketjuja

kehitetään, voidaan myös miettiä miten lähellä tai kaukana terveys ja sairaus ovat toisiaan. Voidaanko todella tehdä selvä raja terveydelle ja sairaudelle ja samalla jakaa reviiri niihin liittyvistä vastuukysymyksistä?

## 9.2. Tutkielman menetelmällistä arviointia

Rajaamalla aiheen potilaiden ja väestön terveyden edistämiseen halusin mahdollistaa asian syvemmän tarkastelun. Tästä kuitenkin seuraa, että rajaus kaventaa kokonaisuuden ymmärtämistä terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa terveyttä edistävien sairaaloiden lähestymistapojen mukaisesti. Henkilökunnan terveyden edistäminen<sup>5</sup> ja terveellinen organisaatio ovat tärkeitä osia kokonaisuudessa, mutta jäivät tämän tarkastelun ulkopuolelle.

Potilaiden terveyden edistäminen korostui aiheen rajauksen mukaisesti haastatteluteemoissa eikä väestön terveyden edistämisestä haastattelurungossa ollutkaan omaa kysymystä. Väestönäkökulma nousi kuitenkin monessa haastattelussa esiin ja tuli tärkeänä osana analyysiin mukaan. Jos väestön terveyden edistäminen olisi ollut haastatteluteemana, näkemyksiä siitä olisi saattanut tulla enemmän tai nyt esiin tulleet näkemykset olisivat saattaneet saada vahvistusta. Se olisi myös saattanut johtaa haastateltavia pohtimaan erikoissairaanhoidon osuutta yhteisön terveyden edistämisen näkökulmasta laajemmin.

Aiheen rajauksen ja ennaltaehkäisyn korostumisen terveyden edistämisen tarkastelussa tiedostan nyt tutkielman päättyessä johtuneen terveydenhoitajataustastani ja terveydenhuollon työkokemuksestani. Tutkielmaa tehdessäni terveyden edistämisen määrittely mahdollisuuksien luomisena elämänlaadun parantamiseksi herätti oivalluksen, miten erilaista on ajatella ennaltaehkäisyn näkökulmasta kuin, että ajattelee

---

<sup>5</sup> Eeva Häkkinen on tehnyt henkilökunnan terveyden edistämisestä ja sen johtamisesta pro gradu -tutkielman *Terveyden edistäminen ja sen johtaminen sairaalohenkilöstön kuvaamana* Kuopion yliopistossa vuonna 2007.

mahdollisuuksien luomisen näkökulmasta, vaikka asia, mitä tehdään, olisikin lähinnä ennaltaehkäisyä. Kansanterveystieteen opinnäytetyön tekijälle hyvä ja tärkeä oppimiskokemus on myös ollut, että terveyden edistämisen väestönäkökulma tuntuu prosessin aikana oikeasti auenneen.

Aineiston koko määräytyi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa oppimani käytännön mukaisesti. Usein 6-8 teemahaastattelua tuottaa tietoa niin, että uudet haastattelut eivät enää sitä lisää. Tämän tutkielman aineistot, jossa oli kuusi haastattelua organisaatiota kohti, lienevät minimimäärä. On mahdollista, että lisähaastatteluilla olisi tullut uutta tietoa.

Teemahaastattelun virhelähteitä voi aiheutua sekä haastattelijasta että haastateltavasta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35). Tutkimusprosessin kuvaamisen sekä omien oletusteni ja näkemyksieni kirjoittamisen perusteella lukija voi arvioida tutkielman luotettavuutta ja aineistositaattien perusteella tulkintojen osuvuutta. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä triangulaation avulla, mikä tarkoittaa metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143) Tässä tutkielmassa kaksi erilaista aineistoa tiedonlähteenä varmistaa tutkitun tiedon monipuolisen näkökulman esiintuomista ja siten tutkielman luotettavuutta.

Sisällönanalyysia pitkitti haastattelujen kuluessa itselleni muodostunut ikään kuin valmis kuva. Tuon kuvan kirjallinen esittäminen osoittautui vaikeaksi, varsinkin kun olisi pitänyt esittää myös, miten tuohon kuvaan olin päätenyt. Käytännön työn kehittämisen orientaatiolla aloin ajatella jo siinä vaiheessa myös havaintojeni merkitystä terveyden edistämistyön kehittämisessä. Keskeinen havainto ennen varsinaista analyysia oli terveyden edistämisen priorisoinnin vaikeus toimijatasolla, mihin uskon päätyneeni työkokemukseni perusteella. Menetelmäoppaiden avulla systemaattinen sisällönanalyysi ja tieteellinen työskentelytapa alkoi sujua.

Tutkimukseen osallistujat olivat terveydenhuollon ammattilaisia ja tiesivät, että haastattelun tietoja käytetään opinnäytetyöhön. Tekstissä esittämistäni lainauksista olen poistanut tunnistettavuuteen liittyviä asioita kuten mainintoja sairauksista.

Erikoissairaanhoidossa kerätty aineisto on ollut vain omassa käytössäni. Perusterveydenhuollon aineisto on osa laajempaa aineistoa, joka on myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkijan käytössä. Aineistojen tietoja olen käsitellyt luottamuksellisesti ja tutkielman valmistuttua hävitän tutkimusaineiston. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti olen tutkimusprosessissa noudattanut rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Olen tehnyt tutkielman päätoimisena opiskelijana, siihen ei liity taloudellisia sitoumuksia enkä ole ollut työsuhteessa tutkimuksen kohteena olleissa organisaatioissa.

### **9.3. Jatkotutkimusaiheita**

1. Keskijohdon ja lähiesimiesten näkemykset terveyden edistämiskäytännöistä. Kaksoisasiakkuus, jossa sairaalan johdolle ykköisasiakas on kunta ja potilaita hoitaville taas hoitoa tarvitseva lähimmäinen, merkitsee ristiriitatilannetta toiminnan ohjaamisesta ja kehittämisestä vastaavalle esimiestasolle (Kekomäki 2008). Onko tällainen ristiriita olemassa myös terveyden edistämiskäytäntöjen osalta?
2. Muun henkilökunnan näkemykset terveyden edistämisestä. Aineiston perusteella tuli vaikutelma, että terveyden edistämiskäytäntöjen toimeenpano voi jäädä lääkärin ja hoitajien eli etulinjan vastuulle. Toimijoiden näkemyksiä tutkimalla voitaisiin muun muassa selvittää, millaisia toiminnan priorisoinnin ongelmia terveyden edistämiskäytännöstä voi seurata. Sairaalassa on lisäksi monta muuta ammattikuntaa kuten ravitsemusterapeutit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Nämä ammattikunnat ovat usein organisoituneet omiin yksikköihinsä ja voi olla vaara, että tämä merkittävä voimavara sairaalassa jää ottamatta huomioon sairaalaa kehitettäessä terveyttä edistäväksi.

3. Potilaiden näkemykset ja kokemukset terveyden edistämisestä erikoissairaan-  
hoidossa. Terveydenhuolto-organisaatioiden toimintaa ja johtamista tulee arvioida  
sen perusteella, miten hyvin ne edistävät potilaan parasta (Virtanen 2010).  
Potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia selvittämällä saadaan tietoa, miten myös  
terveyden edistämiskäytäntöjä voidaan kehittää potilaiden parhaaksi.

**LÄHTEET**

- Airaksinen, J. 2009. Hankala hallinnonuudistus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Awofeso, N. 2004. What's New About the "New Public Health"? *American Journal of Public Health* 94(5), 705-709.
- Barry, M. M., Allegrante, J. P., Lamarre, M-C., Auld, M. E., Taub, A. 2009. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *IUPHE - Global Health Promotion* 16(2):5 – 12.
- Carter-Pokras, O. & Baquet, C. 2002. What is a "Health Disparity"? *Public Health Reports* 117, 426-434.
- Dooris, M. 2005. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International* 21(1), 55–65.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Luettu 30.1.2010  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20erikoissairanhoidosta%201.12.1989](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20erikoissairanhoidosta%201.12.1989)
- Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin. PS-kustannus. WS Bookwell Oy. Juva 2007.
- Groene, O. 2005. Health promotion in hospitals - From principles to implementation. Teoksessa: Groene, O., & Garcia-Barbero, M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe. Tulostettu 10.3.2008 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>

- Groene, O., & Garcia-Barbero, M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe. Tulostettu 10.3.2008  
<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>
- Groene, O., Jorgensen, S.J., Fugleholm, A.M., Møller, L. & Carcia-Barbero, M. 2005. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *International Journal of Health Care* 18(4), 300-307.
- Groene, O. 2006. Implementing health promotion in hospitals. Manual and self-assessment forms. WHO Europe. Tulostettu 10.3.2008.  
[http://www.euo.who.int/healthpromohosp/Publications/20041202\\_1](http://www.euo.who.int/healthpromohosp/Publications/20041202_1)
- Guo, X. H., Tian, X. Y., Pan, Y. S., Yang, X. H., Wu, S. Y., Wang, W. & Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182–190.
- Hakala, J., T. 2008. Uusi graduopas. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hakamäki, P., Kotisaari, S., Rigoff, A-M. & Wiss, K. 2008. Perusterveydenhuollon johdon näkemyksiä terveyden edistämisestä kunnissa ja erikoissairaanhoidossa. Julkaisematon raportti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Stakesin yhteistyöstä 2007–2008.
- Hallman-Keiskoski, M., & Puolakka, J. 2005. Erikoissairaanhoito terveyden edistämisen tiellä. *Suomen Lääkärilehti* 20(60), 2241–2245.
- Harisalo, R., Karma, P & Wägar, G. 2006. Hus luottamusta vahvistamassa ja epäluottamusta vähentämässä: 3. osa: Epäluottamus terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 46(61), 4849–4853.

Hawe, P., Noort, M., King, L. & Jordens, C. (1997). Multiplying health gains: The critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy*, 39, 29-42.

Health Promotion Glossary 1998. WHO. Luettu 28.2.2009

[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)

Health Promoting Hospitals. Home. Luettu 21.5.2010.

<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Jakartan julistus 1997. Terveyden edistäminen 2000-luvulla. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 2/1997. Luettu 27.2.2009

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declarati  
on\\_finish.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declarati<br/>on_finish.pdf)

Johnson, A., & Baum, F. 2001. Health promoting hospitals: A typology of different organizational approaches to health promotion. *Health promotion international* 16(3), 281-287.

Jousilahti, P. 2006. The promotion of heart health: a vital investment for Europe. Teoksessa: Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Luettu 18.3.2010. <http://info.stakes.fi/hiap/FI/publication.htm>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Luettu 30.1.2010

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>



- Kekomäki, M. 2008. Miksi julkisen sairaalan johtaminen on niin vaikeaa? Kanava 3, 343-347.
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. PS-kustannus. WS Bookwell Oy. Juva 2007.
- Kotisaari, S., Hakamäki, P., Rigoff, A-M. & Wiss, K. 2008. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy sisätautien vastuualueella. Julkaisematon raportti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja Stakesin yhteistyöstä 2007–2008.
- Kuntalaki 365/1995. Luettu 30.1.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1995/19950365>
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 25.11.2005/928. Tulostettu 3.10.2007  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2005/20050158>.
- Leppo, K. 2007. Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. Jäähvyäisluento 24.10.2007. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 228–238
- Lindfors, P., Rigoff, A-M. & Rimpelä, M. 2010. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä: Kuntajohdon tulkintoja. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 38. vsk. 1/2010, 8-22.
- Linnanmäki, E., Palosuo, H. & Koskinen, S. 2008. Toimintaohjelma terveyttä kaikille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, pääkirjoitus. 45(2), 95-97.
- Ottawa Charter for Health Promotion 1986. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 21 November. Luettu 25.2.2009  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. 2001. The health promoting hospital (HPH): Concept and development. Patient Education & Counseling, 45(4), 239–243.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2012. Luettu 10.12.2009

<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10120&contentlan=1>

Polluste, K., Alop, J., Groene, O., Harm, T., Merisalu, E., & Suurorg, L. 2007. Health-promoting hospitals in Estonia: What are they doing differently? *Health Promotion International*, 22(4), 327–336.

Rigoff, A-M., Wiss, K. & Rimpelä, M. 2008 Terveyden edistäminen johtamisen haasteena. Julkaisematon raportti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Stakesin yhteistyöstä 2007–2008.

Rimpelä, M. 1994. Terveyden edistäminen ja terveystieteet – katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 5-22.

Rimpelä, M. 2005a. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1. Käsitteitä ja lakeja. *Suomen Lääkärilehti* 60(44), 4523–4526

Rimpelä, M. 2005b. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. *Suomen Lääkärilehti* 60(45), 4651–4655

Rimpelä, M. 2005c. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka*, 70(1), 54–62

Rimpelä, M. 2009 Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen – mikä oli uutta, mihin olemme menossa? Esitelmä Säätytalolla 3.2.2009. Luettu 11.3.2010  
<http://info.stakes.fi/TedBM/FI/tyokokoukset/index.htm#juhlaseminaari>

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. THL raportti 19/2009. Yliopistopaino. Helsinki.

Rondeau, K.V., Francescutti, L.H. & Cummings, G.E. 2006. Health promoting attitudes and behaviors of emergency physicians. *Journal of Health, Organization and Management* 20(4), 269–284

Sairaanhoitaja 2008. Huomattava kongressi Helsingissä. *Sairaanhoitaja-lehti* 50 vuotta sitten. *Sairaanhoitaja* 81(8), 41

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Standards for Health Promotion in Hospitals. 2005. Teoksessa: Groene, O., & Garcia-Barbero, M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe. Tulostettu 10.3.2008 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. 2006. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Luettu 18.3.2010. <http://info.stakes.fi/hiap/FI/publication.htm>

STM:n selvityksiä 2008/28. Terveystenhuoltolaki. Luettu 14.12.2009 [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)

Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health 1991. Luettu 21.2.2010 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index3.html>

Suomen terveysten edistävä sairaalat ry. Kotisivut. Luettu 28.2.2009 <http://www.hph.tutka.net/>

Teperi, J., Keskimäki, I. 2007. Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa Saari, J., Yeung, A. B. Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus-Helsinki: Yliopistopaino.

Terveyden edistäminen sairaaloissa. Käsikirja ja itsearviointilomakkeet. Suomen terveyttä edistävät sairaalat. Tulostettu 4.12.2008.

<http://www.hph.tutka.net/yhdistys/htm>

Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino. Helsinki.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 16.2.2009

[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveyden\\_edistamisen\\_politiikkaohjelma](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma)

Terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009–2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Terveyskasvatuksen tehostaminen. Lääkintöhallituksen ohjekirje. DNo 3113/02/78. Helsinki.

Toiminta- ja taloussuunnitelma 2009–2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut. Luettu 3.3.2009

Tones, K. & Tilford, S. 2001. Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. 3rd edition. Nelson & Thornes Ltd. Cheltenham.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.

- Tuomiranta, M., Poutanen, R., Sivennoinen-Nuora, L. & Hemminki, H. 2007. Terveydenhuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä. Suomen Lääkärilehti 51–52/2007(62)
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Edita Oyj. Helsinki.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto J. 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Virtanen, J.V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun Kauppakorkeakoulu, sarja/series A-2:2010. Uniprint, Turku.
- Whitehead, D. 2004. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? Health Promotion International 19(2), 259–267.
- Wiili-Peltola, E. 1999. Terveyden edistäminen suomalaisissa sairaaloissa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.
- Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteen laitos. Savion Kirjapaino Oy.

## LIITTEET

### Liite 1 Wienin suositusten peruseriaatteet terveyttä edistäville sairaaloille

- Ajaa ihmisarvon, oikeudenmukaisuuden, solidaarisuuden ja ammattietiikan asiaa, ottaen huomioon eri väestöryhmien erilaiset tarpeet, arvot ja kulttuurit.
- Suuntautua laadun parantamiseen, potilaiden, omaisten ja henkilökunnan hyvinvointiin sekä ympäristönsuojeluun, ja hyödyntää mahdollisuus kehittyä oppimiskeskukseksi.
- Tarkastella terveyttä kokonaisvaltaisesti eikä vain parantavasta näkökulmasta.
- Olla ihmiskeskeinen ja pyrkiä tuottamaan terveyspalveluja parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta, helpottaa parantumisprosessia ja edistää potilaiden oman arvon ja kykyjen löytämistä.
- Käyttää resursseja tehokkaasti ja kannattavasti, sekä kohdentaa resurssit niin, että ne parhaiten lisäävät terveyttä.
- Muodostaa mahdollisimman läheiset suhteet muihin terveydenhuollon tasoihin ja yhteiskuntaan.  
(Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005, 2242; Suomen terveyttä edistävät sairaalat 2010)

## **Liite 2 Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa**

**Standardi 1.** Toimintasuunnitelma. Organisaatiolla on virallisesti hyväksytty terveyden edistämisen toimintasuunnitelma. Tätä suunnitelmaa toteutetaan osana organisaation laadunhallintajärjestelmää, jonka tavoitteena on terveystulosten parantaminen. Terveyden edistämissuunnitelma on tarkoitettu potilaille, heidän omaisilleen ja sairaalan henkilökunnalle.

**Standardi 2.** Potilaan tilanteen arviointi. Terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa.

**Standardi 3.** Potilaan informointi ja interventiot. Potilaan hoitopolkujen kaikissa vaiheissa potilaalle annetaan tietoa hänen sairauttaan ja terveydentilaansa koskevista olennaisista tekijöistä. Terveyden edistämistoimet liitetään potilaalle tarjottavien palvelujen kokonaisuuteen.

**Standardi 4.** Terveellisen työympäristön turvaaminen. Johdon tehtävänä on luoda edellytykset sairaalan kehittymiselle terveellisenä työympäristönä.

**Standardi 5.** Jatkuvuus ja yhteistyö. Organisaation toimintasuunnitelmaan sisältyy jatkuva yhteistyö muiden terveydenhuollon yksiköiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa.

(Groene 2006)

**Liite 3 Teemahaastattelun runko perusterveydenhuollon haastatteluja varten**

(PH/SK)

6.5.2008

Aluksi

Mitä ajattelette terveyden edistämisestä?

Pidätkö sitä tärkeänä?

Miten terveyden edistäminen liittyy työhönne ja johtamanne yksikön toimintaan?

Korostuuko (teidän työssänne) jokin osa-alue erityisesti esim. diabeteksen ehkäisy, alkoholin käytön, masentuneisuuden ja tupakoinnin vähentäminen sekä lapsiperheiden tukeminen?

**1. Johtaminen ja yhteiset käytännöt**

Onko yhteisiä käytäntöjä/toimintamalleja terveyden edistämiseen liittyen?

Tässä voidaan ajatella esimerkiksi seuraavia osa-alueita: diabeteksen ehkäisy, alkoholin käytön, masentuneisuuden ja tupakoinnin vähentäminen (sekä lapsiperheiden tukeminen)?

Esimerkkejä?

Onko käytössä mittareita?

Kuka laatinut, hyväksynyt?

Miten otettu käyttöön?

Miten seurataan ja arvioidaan? Onko järjestelmällisestä tarkistamisesta sovittu?

Miten ja missä muodossa ohjeet on saatavissa työyksikössä?



## 2. Terveysthuollon kokonaisuus

Kun ajatellaan tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä esim. läheteitä, epikriisejä ja hoitopalautteita

Mitä terveyteen liittyvää tietoa kulkee?

Kirjataan diabetesriski, alkoholin käyttö, tupakointi, masentuneisuus tai lapsiperheen terveyteen vaikuttavat uhat?

Miten tieto välittyy lääkäriltä hoitajalle (ja toisaalta hoitajalta lääkärille) silloin kun potilas siirtyy hoitajan asiakkaaksi?

Minkälainen rooli voisi terveyden edistämässä olla sairaanhoitopiirillä/yliopistosairaallalla?

Minkälainen rooli konkreettisen toiminnan tasolla voisi terveyden edistämässä näillä 5 osa-alueella olla sairaanhoitopiirillä/yliopistosairaallalla?

1. Tarpeiden arviointi ja seulonta
2. Ohjaus ja keskustelu (eli potilaan informointi, motivointi)
3. Toimenpiteet ja jatkohoidon suunnitelma

Mitä esteitä näette terveyden edistämälle näillä osa-alueilla sairaanhoitopiirillä/yliopistosairaallalla?

Miten terveyden edistäminen toteutuu tällä hetkellä perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin/yliopistosairaalan yhteisenä tehtävänä?

Mitä yhteistyö tällä hetkellä tarkoittaa?

Onko työnjakoa?

Hoito-ohjelmat, hoitoketjut: Onko terveyden edistämistä huomioitu?

Onko teidän mielestä tarpeellista kiinnittää terveyden edistämiseen huomiota erikoissairaanhoidossa?

Millaista yhteistyötä haluaisitte tehdä terveyden edistämistoiminnassa erikoissairaanhoidon kanssa?

Millaista osaamista tarvitaan terveyden edistämistoiminnassa?

**Lopuksi:**

Kaiken tämän keskustelun jälkeen, jos saisit mahdollisuuden päättää, mitä pitäisi seuraavaksi tehdä. Mitä se olisi?

Mitä ajatuksia tämä haastattelu teissä herätti? Haluaisitteko antaa meille palautetta tai lähettää terveisiä tutkimusryhmälle?

## **Liite 4 Teemahaastattelun runko erikoissairaanhoidon haastatteluita varten**

(SK)

8.2.2009

Aluksi

Mitä ajattelette terveyden edistämisestä?

Pidättekö sitä tärkeänä?

Miten terveyden edistäminen liittyy työhönne ja johtamanne yksikön toimintaan?

Korostuuko (teidän työssänne) jokin osa-alue erityisesti esim. diabeteksen ehkäisy, alkoholin käytön, masentuneisuuden ja tupakoinnin vähentäminen sekä lapsiperheiden tukeminen?

### **1. Johtaminen ja yhteiset käytännöt**

Onko yhteisiä käytäntöjä/toimintamalleja terveyden edistämiseen liittyen?

Miten kuvaillette terveyden edistämisen (esimerkiksi diabeteksen ehkäisy) nykytilannetta?

Miten sairaanhoitopiirin strategian mukaista terveyden edistämistä on viety ja viedään käytäntöön?

### **2. Terveydenhuollon kokonaisuus**

Kun ajatellaan tiedonkulkua perusterveydenhuollon (terveyskeskukset ja työterveyshuolto) ja erikoissairaanhoidon välillä esim. lähetteitä, epikriisejä ja hoitopalautteita:

Mitä terveyteen liittyvää tietoa kulkee?

Kirjataan diabetesriski, alkoholin käyttö, tupakointi, masentuneisuus tai lapsiperheen terveyteen vaikuttavat uhat?

Miten tieto välittyy hoitajalta lääkärille ja/tai lääkäriltä hoitajalle ja edelleen perusterveydenhuoltoon?

Millainen rooli sairaanhoitopiirillä/yliopistosairaalalla voisi olla terveyden edistämisessä?

Minkälainen rooli konkreettisen toiminnan tasolla voisi yliopistosairaalalla olla terveyden edistämisessä alussa mainituilla 5 osa-alueella?

1. Tarpeiden arviointi ja seulonta
2. Ohjaus ja keskustelu (eli potilaan informointi, motivointi)
3. Toimenpiteet ja jatkohoidon suunnitelma

Mitä hyötyä erikoissairaanhoidolle voisi olla terveyden edistämisestä? (suoraan, epäsuorasti?)

Mitä esteitä näette terveyden edistämiseksi näillä osa-alueilla sairaanhoitopiirillä/yliopistosairaalalla?

Miten terveyden edistäminen toteutuu tällä hetkellä perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin/yliopistosairaalan yhteisenä tehtävänä?

Mitä yhteistyö tällä hetkellä tarkoittaa?

Onko työnjakoa?

Hoito-ohjelmat, hoitoketjut: Onko terveyden edistämistä huomioitu?

Onko teidän mielestänne tarpeellista kiinnittää terveyden edistämiseen (diabetesriskiin) huomiota erikoissairaanhoidossa?

Miten johtamista pitäisi kehittää terveyden edistämisen osalta? Esimerkiksi korkean diabetesriskin henkilöiden löytämiseksi?

Millaista yhteistyötä haluaisitte tehdä terveyden edistämistoiminnassa perusterveydenhuollon kanssa?

Millaista osaamista tarvitaan terveyden edistämistoiminnassa?

**Lopuksi:**

Kaiken tämän keskustelun jälkeen, jos saisitte mahdollisuuden päättää, mitä pitäisi seuraavaksi tehdä. Mitä se olisi?

Mitä ajatuksia tämä haastattelu teissä herätti ja mitä palautetta haluatte antaa?